

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 50

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Claude BOMET

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mars 1925, à CHOLET (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

Essai de traitement
des
EPITHÉLIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE
et du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique
par pharyngotomie latérale, radium-puncture
et maintien temporaire du pharyngostome

Président : M. B. FEY, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Claude BOMET

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mars 1925, à CHOI ET (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

Essai de traitement
des

EPITHÉLIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE
et du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique
par pharyngotomie latérale, radium-puncture
et maintien temporaire du pharyngostome

Président : M. B. FEY, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1958

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BÉNARD (H.), BRÔCQ (P.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DEBRÉ (R.), DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LÉVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIÉ, SÉZARY, TANON, VELTER.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.
Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	CORDIER.
Anatomie pathologique	DELARUE.
Bactériologie	FASQUELLE.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT.
Biologie médicale	FAUVERT (R.).
Cancérologie médicale et sociale	JEAN-BERNARD.
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.).
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu MENEGAUX.
	Beaujon SICARD (A.).
	Salpêtrière MOULONGUET.
	Cochin QUÉNU (J.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.).
	DE GAUDART.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	D'ALLAINES.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.).
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants	CATHALA.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO.
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIÉTY.
	Bichat JUSTIN-BESANÇON.
	Cochin MOREAU.
	Broussais DE GENNES.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY.
	PASTEUR VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	
Cliniques obstétricales	Tarnier BOULIN.
	Baudelocque LANTUÉJOL.
	Port-Royal VARANGOT.
Clinique ophtalmologique	LACOMME.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RENARD.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	AUBIN.
Clinique psychiatrique infantile	HAMBURGER.
Clinique Rhumatologique et Sociale	HEUYER.
Clinique stomatologique	COSTE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME.
Clinique thérapeutique médicale	SÈNÈQUE.
	LEMAIRE.

Clinique urologique	MM.
Embryologie	FÉY.
Génétique	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY.
Histologie	SOULIÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN.
Médecine du travail	JOANNON.
Médecine légale	DESOILLE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIÉDELIÈVRE.
Pathologie chirurgicale	GALLIARD.
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	LENÈGRE.
(Chaire à titre personnel).	
Pathologie médicale	MERKLEN.
Pathologie et thérapeutique générales	DECOURT.
Pédiatrie sociale	GARCIN.
Pharmacologie et matière médicale	MARIE.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	HAZARD.
Physiologie	DOGNON.
Physique médicale	BINET (Léon).
Radiologie médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	DESGREZ (Henri).
Thérapeutique	PATEL.
	N...

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.			
Anatomie	{	DELMAS, pr. s. ch.	Obstétrique
		DEBEYRE.	
		OLIVIER.	
		CABROL.	
Anatomie pathologique	{	M ^{lle} GAUTHIER-	Ophtalmologie ..
		VILLARS.	
Bactériologie	{	BUSSER.	Orthopédie
		GOUYGOU.	
		NEVOT.	
Biochimie médic.	{	CHRISTOL (D.).	Oto-rhino-laryng. }
		ETTORI, pr. s. ch.	
Biologie médic. ..	{	N...	Parasitologie
		N...	
Dermato-Syphiligraphie		BOURLIÈRE.	Pathologie chirurgicale
Embryologie		DUPERRAT.	
Histologie	{	TUCHMANN.	T...
		N...	
		N...	
Hydrologie		CORNET.	T...
Hygiène	{	BOYER, pr. s. ch.	
		DEPARIS, pr. s. ch.	
Maladies infectieuses	{	N...	T...
		N...	
Médecine légale et du travail ..	{	BASTIN.	T...
		DÉROBERT, p. s. c.	
		GAULTIER.	
		HADENGUE.	
Neurochirurgie ..	{	ALBAHARY.	T...
		DAVID.	
Neurologie		LHERMITTE.	Pathologie expér

GRASSET.
LEPAGE.
MERGER.
MORIN.
RAVINA.
ROBEY (M.).
LE LORIER.
DESIGNES.
BREGEAT.
JUDET.
AUBRY.
MADURO.
CHABAUD.
N...
ABOULKER.
BAUMANN.
GOSSET.
LAURENCE.
LORTAT-JACOB.
OLIVIER.
POILLEUX.
VERNE.
DEBOST.
MATHEY
PIABEAU.
CAUCHOIX.
FAUREL.
BARCAT.
GERMAIN.
THOMERET.
MAURICE.
LOEPER.

Pathologie médi- cale	{	BOUDIN.	{	Pédiatrie	JOSEPH.		
		CASTAIGNE.		MOZZICONACCI.			
		CONTE.		OLONOVSKY.			
		DOMART.		CHEYMOL, p. s. c.			
		LAMOTTE.		M ^{lle} LÉVY, p. s. c.			
		LAROCHE.		BARGETON, p. s. c.			
		MILLIEZ.		PARROT, pr. s. ch.			
		PEQUIGNOT.		DEJOURS.			
		PERRAULT.		GOUGEROT.			
		RAMBERT.		DJOURNO, p. s. c.			
Pathologie médi- cale	{	THIEFFRY.	{	Pneumo-Phtisiolo- gie	KREIS.		
		TURIAF.		Psychiatrie	PICHOT.		
		BRICAIRE.		Psychiatrie infan- tile	MICHAUX.		
		ROYER.		Rhumatologie ..	DELBARRE.		
		BRISSAUD.		Stomatologie	M ^{me} CHAPUT.		
		DEROT.		Thérapeutique ..	CERNÉA.		
		BOUVIER.			CHASSAGNE.		
		MACREZ.			KUSS.		
				WOLFROMM.			

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent :

	MM.		MM.	
Clinique chirurgi- cale	{	AMELINE.	Clinique médicale {	HAGUENAU, p. s. c.
		HUGUIER.		KOURILSKY.
		LÉGER.		MARCHAL.
		PADOVANI	Clinique obstétri- cale	ECALLE.
		ROUX.		MAYER.
Clinique médicale	{	RUDLER	Clinique ophtal- mologique	OFFRET.
		BROUET.	Clinique urologi- gique	COUVELAIRE.
		N...		
		DREYFUS.		

Secrétaire général de la Faculté J. MOREL.

Secrétaire M^{lle} CHAINTREUIL.

Conservateur, chargé de la Direction Docteur A. HAHN.

Conservateur M^{lle} GOICHON.

Bibliothécaires { M^{lles} DUMAITRE, LAURENT, LE NOIR,
QUIÉVRIEUX.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Je dédie cette thèse, et c'est un bien
faible témoignage d'affection et de
reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bernard FEY

*Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur*

M'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et c'est pour moi l'occasion de le remercier de tout ce qu'il m'a appris et de sa bienveillance à mon égard.

Monsieur le Docteur Jean LEROUX-ROBERT

Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut

Chevalier de la Légion d'Honneur

A bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse. Je le remercie particulièrement de ses conseils et je lui exprime toute ma gratitude pour l'enseignement que j'ai reçu dans son service.

En remerciant de leur enseignement tous mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris, je tiens tout particulièrement à exprimer au Professeur Agrégé Jean GOSSET ma respectueuse admiration.

Externat :

Monsieur le Docteur R.-C. MONOD
Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL
Monsieur le Professeur DEPARIS
Monsieur le Docteur R. ANDRE
Monsieur le Docteur HILLEMAND
Monsieur le Docteur LEROUX

Internat Provisoire

Services d'O.R.L. :

Monsieur le Docteur LEROUX
Monsieur le Docteur LEMARIEY
Monsieur le Docteur CHATELLIER
Monsieur le Docteur P. ANDRE
Monsieur le Docteur OMBREDANNE
Monsieur le Docteur LEROUX-ROBERT
Monsieur le Docteur BOUCHE

Internat :

Services de Chirurgie :

Monsieur le Docteur THALHEIMER
Monsieur le Docteur Raymond BERNARD
Monsieur le Docteur SOUPAULT
Monsieur le Docteur CHAMPEAU
Monsieur le Professeur Agrégé Jean GOSSET
Monsieur le Docteur LANCE
Monsieur le Professeur B. FEY
Monsieur le Professeur Agrégé R. KUSS
Monsieur le Professeur REDON
Monsieur le Docteur GUILLAUME

INTRODUCTION

Le traitement des épithéliomas de la base de la langue doit comporter d'une part le traitement de la lésion primaire, d'autre part le traitement des territoires ganglionnaires correspondants.

Au niveau de la lésion primaire, différents agents thérapeutiques sont possibles, utilisés isolément ou associés : ce sont les rayons X, la chirurgie et le radium.

Dans les épithéliomas peu étendus, c'est-à-dire n'atteignant pas la paroi latérale, limités à la base linguale, sans adénopathie ou avec adénopathie unilatérale de petit volume, il semble intéressant de pratiquer une pharyngotomie par voie latérale.

Celle-ci permet dans la même séance opératoire d'exécuter :

- - une trachéotomie ;
- un évidement ganglionnaire du côté de la lésion ;
- une ligature de la carotide externe ;
- une pharyngostomie ;
- une radiumpuncture de la lésion primaire.

Cette dernière peut ainsi être faite à ciel ouvert, donc sous contrôle de la vue.

La puncture faite par voie latérale avec curage ganglionnaire du côté de la lésion n'exclut pas la rœntgenthérapie, qui reste nécessaire comme complément de la puncture pour la lésion primaire et, surtout, comme traitement prophylactique du territoire ganglionnaire, du côté opposé dont l'atteinte secondaire est si fréquente.

Avant d'exposer la technique de cette méthode, nous ferons un rappel anatomique et un rappel des différentes techniques employées pour traiter actuellement les épithéliomas de la base de la langue.

La technique que nous exposons, mise au point par J. LEROUX-ROBERT, laryngologiste de l'hôpital Boucicaut, répond à des impératifs précis concernant en particulier le choix de la lésion à traiter, le mode d'implantation des aiguilles de radium, la surveillance post-opératoire.

Plusieurs observations de malades déjà traités ou en cours de traitement montreront l'intérêt de la puncture pratiquée par voie de pharyngostomie.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les cancers de la base de la langue (pente pharyngée de certains auteurs) doivent être distingués de ceux du repli glosso-épiglottique et de ceux qui naissent de la face antérieure de l'épiglotte.

Anatomiquement

La base de la langue comprend la partie postérieure ou pharyngienne de la face supérieure ou dorsale de la langue. Cette partie postérieure est séparée de la partie antérieure mobile par le V lingual, sillon ouvert en avant. Le sommet de l'angle dessiné par le sillon terminal plus profondément déprimé que le reste du sillon porte le nom de *foramen cæcum*.

Cette partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est à peu près verticale et regarde le pharynx.

L'extrémité inférieure de la partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est unie à l'épiglotte par *trois replis glosso-épiglottiques*, un médian et deux latéraux. Ces replis muqueux sont soulevés par de minces lamelles élastiques qui unissent la langue à l'épiglotte, le repli médian contient aussi des fibres du muscle lingual supérieur. Ils limitent entre eux, de chaque côté de la ligne médiane, une dépression appelée fossette glosso-épiglottique.

Les bords latéraux, verticaux, épais en haut, s'amincissent vers leur extrémité inférieure. Les sillons amygdalo-glosse les longent. Le pilier antérieur s'insère de part et d'autre en haut de ce bord sur la langue elle-même.

La surface de la muqueuse (moins adhérente que sur la partie buccale) est inégale et mamelonnée. Elle présente de petites saillies, irrégulièrement arrondies, disposées en séries linéai-

res, obliques en bas en dedans. Ces petites élevures sont dues aux glandes folliculeuses très nombreuses formant des cryptes irrégulières, tapissées par un épithélium pavimenteux stratifié, infiltré de leucocytes, provenant des nodules lymphatiques sous-jacents. L'ensemble de ces mamelons constitue l'amygdale linguale.

Entre les follicules existent de nombreuses glandes muqueuses. Leurs conduits excréteurs débouchent tout près de l'orifice ou dans la cavité même des cryptes folliculaires.

Vaisseaux de la base de la langue

L'ARTÈRE DORSALE DE LA LANGUE, branche de l'artère linguale, irrigue la base de la langue.

Accessoirement, la base de la langue reçoit quelques rameaux venus de la *palatine ascendante* et de la *pharyngienne inférieure*.

LES VEINES se jettent dans la *veine dorsale de la langue*.

LES LYMPHATIQUES DE LA BASE DE LA LANGUE ont une topographie bien particulière.

Leur description, ébauchée par SAPPEY au milieu du siècle dernier, a été précisée par POIRIER et plus récemment par ROUVIÈRE.

Le point essentiel est que le système lymphatique est croisé doublement au niveau du réseau muqueux et au niveau des troncs collecteurs.

Le réseau d'origine est double et comprend :

- *un réseau muqueux ou superficiel* qui pour la base de la langue en arrière du V est lâche surtout en avant. Ce réseau aurait une certaine indépendance, mais il s'anastomose avec les réseaux voisins. Les vaisseaux qui forment ce réseau lymphatique sont plus fins en surface qu'en profondeur et en avant qu'en arrière.
- *un réseau musculaire ou profond* constituant un riche réseau, groupé en plexus autour des vaisseaux sanguins et communiquant avec le réseau muqueux dont il représente une voie de dégagement.

Les vaisseaux collecteurs sont au nombre de huit et naissent au niveau des papilles caliciformes. Ces vaisseaux, tous dirigés d'avant en arrière, forment deux groupes :

— un groupe de quatre troncs médians qui se dirigent vers le repli glosso-épiglottique médian.

Ces quatre troncs se coudent alors à angle droit et deux se portent vers la droite, alors que les deux autres se portent vers la gauche. Ils rejoignent alors les quatre troncs latéraux ;

— un groupe de quatre troncs latéraux qui naissent des extrémités latérales du V lingual et d'avant en arrière, se dirigent vers l'extrémité inférieure de l'amygdale palatine où ils se réunissent aux troncs médians.

Ces lymphatiques traversent la paroi :

— soit au niveau du constricteur supérieur où ces lymphatiques se terminent alors dans le ganglion de Kuttner, ganglion faisant partie du groupe supérieur ou sous-digastrique de la chaîne jugulaire interne ;

soit au niveau du constricteur moyen, se terminant alors dans les ganglions sous-digastriques ;

— soit au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et alors les lymphatiques se terminent dans les ganglions du groupe moyen de la jugulaire interne.

Il faut insister surtout sur la bilatéralité de l'adénopathie.

L'envahissement ganglionnaire bilatéral est en effet plus fréquent dans les cancers de la base de la langue que dans ceux de la partie mobile. Cette bilatéralité dépend de l'étendue de la localisation linguale et surtout de son extension fréquente au voisinage et au-delà de la ligne médiane.

Le diagnostic de cancer de la base de la langue est souvent très tardif, ce qui explique la bilatéralité si fréquente, mais l'appréciation de la nature cancéreuse d'une adénopathie bilatérale est parfois délicate.

Un bon examen clinique permet de juger si la lésion linguale est uni ou bilatérale. Par contre affirmer la nature néoplasique de l'adénopathie, en particulier dans les régions sous-maxillaires et sus-claviculaires, est plus délicat. Il est fréquent de découvrir chez des sujets parfaitement sains des petits ganglions bilatéraux.

LES DIFFERENTS TYPES ANATOMO-CLINIQUES DES CANCERS DE LA LANGUE

Les épithéliomas de la base linguale et du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique appartiennent à l'oro-pharynx. Il est classique de décrire plusieurs variétés anatomo-cliniques de ces cancers. Cependant, il faut insister d'emblée sur l'intérêt de la confrontation des données de la clinique et de la radiologie.

Les cancers infiltrants ou interstitiels

Ces cancers sont souvent de diagnostic très difficile cliniquement. Ils envahissent d'emblée la région en la déformant, mais sans provoquer d'ulcération véritable ou réellement appréciable. Ils sont parfois révélés par une adénopathie cervicale ou par une otalgie, uni ou bilatérale. Parfois c'est une gêne à la déglutition qui attire l'attention. Mais ils peuvent passer inaperçus longtemps. A l'examen, c'est surtout le toucher qui les révélera par l'existence d'une induration ou d'une infiltration.

Les cancers bourgeonnants

Ceux-ci prolifèrent en surface sans envahir en profondeur et tendent à rétrécir la lumière de l'oro-pharynx. Ils sont exophytiques ou seulement exulcérés. Ils ne provoquent que peu de gêne à la protraction de la langue. Cette forme est relativement rare au niveau de cette région.

Les cancers ulcéro-bourgeonnants

A séparer théoriquement des *cancers creusants*, ils peuvent en fait être rangés dans la même catégorie. Ils sont fréquents et s'accompagnent d'un syndrome fonctionnel important avec de la sialorrhée, de la fétidité de l'haleine, une grosse dysphagie, une otalgie à peu près constante et surtout une gêne importante à la protraction de la langue. Ces cancers sont plus ou moins creusants et l'ulcération peut être superficielle, s'étendant surtout en surface ou au contraire être d'emblée creusante et rapidement profonde. L'atteinte ganglionnaire est à peu près constante dans ces formes. La bilatéralité de celle-ci est très fréquente. La perception clinique de l'adénopathie est constatable au premier examen dans les trois quarts des cas environ.

**

Les données souvent imparfaites de l'examen laryngoscopique sont heureusement complétées par les renseignements fournis par la radiographie. La confrontation radio-clinique aboutit à l'établissement d'un diagnostic et dans une certaine mesure, du pronostic. (BACLESSE).

LA RADIOGRAPHIE DE PROFIL

permet d'individualiser les types anatomo-cliniques suivants :

— *les cancers infiltrants ou interstitiels* : se traduisent sur le cliché de profil par une déformation de la base linguale. Cette déformation souvent plus opaque que les plans voisins est irrégulière et s'estompe en direction de la partie mobile de la langue.

L'os hyoïde paraît refoulé en bas. Ces cancers ont un mauvais pronostic. On les observe assez souvent ;

— *les cancers bourgeonnants* se présentent sous la forme d'une ombre homogène surplombant la base linguale et saillant dans la lumière pharyngée. Leur ombre se confond souvent avec l'épiglotte. Il n'y a pas de perte de substance à l'intérieur même de l'ombre tumorale. Ces cancers ont un meilleur pronostic et bien traités, sont guérissables dans une certaine proportion par les radiations seules. Ce sont malheureusement les plus rarement rencontrés ;

— *les cancers ulcéro-bourgeonnants et creusants*, les plus fréquents, donnent des images variables et caractérisées par des ombres parsemées de zones plus claires répondant à l'ulcération. Généralement l'aspect est typique et, sur la radiographie de profil, on observe au niveau de la pente pharyngée une véritable fissure claire, irrégulière, paraissant s'enfoncer en coin dans l'ombre tumorale. La constatation de cette perte de substance est de très mauvais pronostic.

On peut donc, par le seul examen radiographique, prévoir dans une certaine mesure le pronostic de ces tumeurs.

Nous parlons ci-dessus des cas répondant au stade II (tumeurs d'environ trois centimètres de diamètre) et surtout III (tumeurs de trois à quatre centimètres de diamètre dépassant la ligne médiane).

Il est très rare d'observer des tumeurs au stade I (Tumeurs de moins de un centimètre de diamètre).

Par contre, il est très fréquent de voir au premier examen des tumeurs au stade IV.

La pente pharyngée est alors débordée :

— soit en avant au-delà du V lingual avec atteinte de la partie postérieure du plancher buccal ;

— soit en arrière par le fond du sillon glosso-épiglottique vers l'épiglotte, voire vers la loge pré-épiglottique ;

— soit en dehors vers la paroi latérale du pharynx par l'intermédiaire des replis pharyngo-épiglottiques et glosso-pharyngiens.

Histologiquement

Les cancers de la base de la langue sont pratiquement toujours des épithéliomas spino-cellulaires (90 à 95 %). Exceptionnellement, même pour les formes exophytiques, il s'agit d'épithéliomas baso-cellulaires. *C'est donc l'aspect clinique et radiographique plus que la forme histologique qui influencera la décision thérapeutique.*

RAPPEL DES DIFFERENTES THERAPEUTIQUES ACTUELLES APPLIQUEES AUX EPITHELIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE

Les différentes thérapeutiques utilisées visent, d'une part la lésion linguale, d'autre part les adénopathies.

Le traitement de la lésion linguale

Il peut relever soit des radiations, soit de la chirurgie.

RADIATIONS.

Parmi les radiations employées, le *radium* a une place de choix.

En dehors de la *curie-puncture*, qui sera étudiée plus loin, puisqu'elle fait l'objet du présent travail, le radium peut être utilisé sous différentes formes.

L'irradiation de contact (par appareil radifère endo-buccal) et *l'irradiation à courte distance par collier moulé externe* est de réalisation difficile. Outre le risque de nécrose du maxillaire, l'inconfort du malade et la difficulté de protéger le personnel soignant font que ces deux techniques sont à peu près abandonnées actuellement.

La télécurie-thérapie ou irradiation à distance est assez rarement utilisée, tout au moins en France, car elle nécessite une grosse quantité de radium.

La roentgenthérapie seule est très fréquemment utilisée.

La roentgenthérapie endocavitaire est d'application matériellement impossible du fait de la situation et de la profondeur même de la base de la langue.

La roëntgenthérapie transcutanée est utilisée avec différentes techniques :

— soit par doses massives avec portes d'entrée multiples et séances en nombre restreint et rapprochées ;

— soit, et surtout, par doses étalées et fractionnées, en particulier selon la technique de Coutard mise au point à la Fondation Curie. En étalant les doses, la moyenne est de 200 r par jour en atteignant 3.500 à 4.000 r par champ et sur 3 ou 4 champs. C'est-à-dire deux champs latéraux supérieur et inférieur de chaque côté, auxquels on adjoint quelquefois un champ antérieur. Ces différentes portes d'entrée permettent d'irradier à la fois la tumeur et les chaînes lymphatiques. Ces séances sont échelonnées sur 6 à 7 semaines.

Le traitement fera apparaître entre la 2^e et 3^e semaine des manifestations d'abord muqueuses (radio mucite), puis cutanées (radio épithélites) normales.

Ce n'est qu'en cas de traitement mal conduit (ou de peau et muqueuse particulièrement sensibles) que des accidents de nécrose post-roëntgenthérapiques précoces peuvent survenir, ulcérant la peau en particulier et forçant à interrompre le traitement. Il faut par contre retenir l'œdème laryngé pouvant conduire à pratiquer une trachéotomie. Il est surtout à craindre au début d'un traitement exécuté sur des lésions déjà ulcéro-nécrotiques et œdémateuses.

La roëntgenthérapie a des inconvénients locaux tardifs qu'il n'est pas possible de prévoir et qui dépendent de la nature même des téguments irradiés : troubles trophiques cutanés avec télangiectasies diffuses, atrophie musculaire, sclérose rétractile du sterno-cléido-mastoïdien, et des inconvénients vis-à-vis de la formule et de la numération globulaire qu'on surveillera régulièrement.

ELECTROCOAGULATION.

Elle peut être utilisée isolément et surtout associée à l'exérèse au bistouri électrique. Le risque d'hémorragie secondaire par chute d'escarre est limité par la ligature préventive de la carotide externe. La cicatrice obtenue est souple. Il est nécessaire de coaguler toute la zone indurée, en s'aidant surtout de la palpation.

En fait, cette électrocoagulation n'est guère réalisable par les voies naturelles, ou est alors tout à fait imprécise ou aveugle. Elle peut être exécutée par contre après extériorisation chirurgicale de la langue, ou après abord de celle-ci par voie externe.

CHIRURGIE.

La chirurgie peut avoir pour but l'exérèse du néoplasme ou l'établissement d'une voie d'abord, celle-ci permettant de faire la radium-puncture. La chirurgie d'exérèse utilisée seule n'a donné jusqu'ici que des résultats pitoyables. De nombreuses techniques ont été proposées, prouvant ainsi l'inconstance de leurs résultats et leur difficulté.

Nous ne ferons que citer les principales d'entre elles.

LES VOIES ORALES comportent plusieurs techniques.

La technique de Sørensen permet une véritable extériorisation de la langue en libérant trois points d'attache : l'un antérieur et médian, constitué par le frein de la langue et les muscles génio-glosses. Les deux autres latéraux, formés par les muscles palato-glosse et stylo-glosse. Les différents temps de cette intervention comportent la section du frein de la langue, la ligature des veines linguales, la section de la muqueuse du plancher dans le sillon pelvi-lingual jusqu'aux replis palato-glosses, la section de la base des piliers antérieurs, la section des génio-glosses près de la langue. On peut y adjoindre une section des muscles hyo-glosses après avoir ligaturé la branche terminale des artères linguales.

Cette technique a été modifiée par HUET qui, après les cinq temps signalés, pratique une incision verticale de la lèvre inférieure sur la ligne médiane jusqu'à un centimètre au-dessous du bord inférieur du maxillaire inférieur, puis branchés perpendiculairement sur celle-ci, une incision horizontale parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire.

Le décollement des deux lambeaux cutanés ainsi délimités donne un jour remarquable sur la base de la langue.

Cette technique permet de faire une exérèse électro-chirurgicale ou une radium-puncture dans de meilleures conditions.

L'incision classique de Jaeger est plus rarement utilisée, le jour obtenu étant beaucoup moins satisfaisant.

LES VOIES SOUS-MANDIBULAIRES MÉDIANES.

La voie sus-hyoïdienne ne permet d'aborder la tumeur que par sa face profonde à l'aveugle et avec le risque de la traverser sans pouvoir la contourner.

La voie trans-hyoïdienne comporte une incision cutanée transversale suivant le niveau de l'os hyoïde, la section des insertions musculaires sus et sous-hyoïdienne, le dégagement et la résection de l'os hyoïde, l'ouverture de la membrane thyro-hyoïdienne dans sa partie supérieure afin de respecter les pédicules laryngés supérieurs, la désinsertion du pied de l'épiglotte qui est refoulée vers le haut, la ligature des artères linguales.

La voie sous-hyoïdienne comporte une incision cutanée transversale suivant le bord inférieur de l'os hyoïde, la section de la membrane thyro-hyoïdienne le plus haut possible pour éviter les nerfs laryngés supérieurs, l'ouverture du pharynx en incisant la muqueuse sur un doigt introduit dans la bouche entre l'épiglotte et la base de la langue.

Les voies trans-laryngées :

La voie trans-thyro-hyoïdienne est utilisée par HUET pour pratiquer une *thyro-hyo-épiglottectomie* et par MADURO pour l'implantation d'aiguilles de radium.

La glosso-laryngectomie supra-cricoïdienne, ou mieux *la glosso-laryngectomie horizontale sus-glottique* avec incision cutanée type laryngectomie totale de HAUTANT est utilisée dans certains cas par J. LEROUX-ROBERT.

Ces deux dernières techniques peuvent être employées dans les cancers nés à la face postérieure de l'épiglotte (avec atteinte secondaire du sillon glosso-épiglottique et de la base de la langue par l'intermédiaire de l'envahissement de la loge pré-épiglottique) et aussi dans les cancers nés réellement au niveau du sillon glosso-épiglottique, ou de la base de la langue, ayant des caractères anatomiques (ulcéro-creusants) ou une extension ne permettant pas le moindre espoir de guérison par les rayons X, le radium ou les exérèses limitées.

Cette glosso-laryngectomie permet une exploration des gouttières vasculaires du cou et le cas échéant, un évidement gan-

glionnaire uni ou bilatéral dans le même temps. La glosso-laryngectomie supra-cricoïdienne a pour réserve d'obliger au sacrifice d'un organe sain pour tenter d'augmenter les chances de guérison d'une région voisine.

La glosso-laryngectomie horizontale sus-glottique conserve au contraire les cordes vocales, mais implique la nécessité d'une gastrostomie temporaire de quelques mois.

LES VOIES TRANS-MAXILLAIRES.

Elles comportent le passage à travers la région de l'angle du maxillaire par section ou résection partielle du maxillaire inférieur.

La voie transmaxillaire avec résection subtotal de l'hémi-maxillaire inférieur peut être employée pour les cancers de la base de la langue à évolution vers le sillon amygdalo-glosse. L'hémi-résection du maxillaire inférieur comporte la résection de la totalité de la branche montante et les deux tiers postérieurs de la branche horizontale. Cette hémi-résection a l'avantage de donner un jour considérable sur la base de la langue et de permettre une irradiation satisfaisante de la région, le plan osseux ayant disparu.

Un évidemment ganglionnaire peut être pratiqué avec cette intervention.

LES VOIES SOUS-MAXILLAIRES LATÉRALES.

Elles sont beaucoup plus intéressantes et se rapprochent de la technique que nous nous proposons de décrire.

La bucco-pharyngectomie donne un excellent jour sur la base de la langue. Elle comporte une incision ansiforme de la pointe de la mastoïde à la pointe du menton descendant au moins jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Ensuite découverte de la région en relevant peau et peaucier jusqu'à ce que l'on découvre largement l'angle du maxillaire, découverte du ventre postérieur du digastrique après ligature du tronc veineux thyro-linguo-facial et de la carotide externe, abord de l'espace sous-parotidien postérieur après section du ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoïdien, ouverture du pharynx par incision verticale de quatre centimètres, dont le milieu est situé

à quelques millimètres en arrière de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde.

Le traitement des territoires ganglionnaires

Il est plus simple. Il peut être réalisé soit par une intervention chirurgicale, soit par les agents physiques.

Le traitement chirurgical comporte l'évidement du cou de technique maintenant classique (évidement carotido-sous-maxillaire type Roux-Berger).

Parmi les agents physiques :

la curie-thérapie par appareil moulé ou télécurie-thérapie est utilisée surtout à l'étranger (en Suède et en Angleterre) ;

la röntgenthérapie est utilisée par beaucoup, traitant à la fois la lésion primaire et les territoires ganglionnaires.

Les traitements chirurgicaux combinés de la lésion primaire et des territoires ganglionnaires

Ces traitements réalisent une exérèse monobloc de la lésion primaire et des ganglions (par curage ganglionnaire cervical et sous-maxillaire). Ces interventions sont facilitées par l'emploi des antibiotiques et la possibilité d'interventions plastiques ultérieures. Différentes voies peuvent être employées, en particulier la voie sous-mandibulaire, la voie trans-maxillaire par section médiane ou para-médiane du maxillaire inférieur voire l'hémi-résection du maxillaire inférieur.

*
**

En fait, ces différentes méthodes ne donnent que des résultats bien réduits. La röntgenthérapie seule n'agit guère que sur les formes bourgeonnantes, exceptionnellement sur les formes ulcéro-nécrotiques ou infiltrantes, qui sont hélas les plus fréquentes.

L'électro-coagulation ou l'exérèse au bistouri électrique, après

extériorisation de la langue ou abord externe, n'agit pas sur les voies lymphatiques. Une irradiation immédiate pratiquée au niveau de ces derniers et des territoires ganglionnaires cervicaux n'empêche généralement pas les adénopathies de se développer.

Et nous ne parlons jusqu'à présent que des cas sans adénopathie clinique perceptible ou avec une adénopathie à peine perceptible (parfois inflammatoire simple si le cancer est ulcéré).

Par contre, lorsqu'une adénopathie importante (de plus de deux ou trois centimètres) est déjà constituée, les chances de guérison par la röntgenthérapie seule sont minimes. Elles sont pratiquement nulles si l'adénopathie est bilatérale (quelle que soit d'ailleurs la thérapeutique envisagée).

TECHNIQUE PROPREMENT DITE DU TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE PAR PHARYNGOTOMIE LATERALE, RADIUM-PUNCTURE ET MAINTIEN TEMPORAIRE DU PHARYNGOSTOME

Préparation du malade à l'intervention

Avant de prendre la décision définitive, il est essentiel de faire un *bilan complet* du malade.

Différents examens doivent être pratiqués systématiquement.

Sur un cliché pulmonaire on recherche une métastase latente, une tuberculose associée ou des signes d'infection broncho-pulmonaire.

Une numération et une formule sanguine peuvent révéler une anémie et une hyperleucocytose à polynucléaires témoignant d'un certain degré d'infection. Un dosage de l'urée sanguine, la mesure de la tension artérielle complètent ce bilan pré-opératoire.

Une *préparation anti-infectieuse et désinfiltrante* est indispensable, car il s'agit de cancers surinfectés. Un traitement *antibiotique* est institué pendant les 6 à 8 jours qui précèdent l'intervention sous forme de l'association pénicilline streptomycine (un million d'unités de pénicilline et 1 gramme de streptomycine). Le traitement est avantageusement associé à une *vaccinothérapie polyvalente* (type Vaccin Bruschettini par exemple). Ainsi peut-on améliorer la dysphagie et atténuer les douleurs.

La surinfection s'étant atténuée, on peut alors mieux apprécier quelques jours après les caractères et l'extension réelle de la tumeur.

L'équilibre alimentaire, dans les jours précédant l'intervention, doit être particulièrement soigné.

La diététique s'inspirera d'une alimentation rationnelle et vitaminée associée au besoin à l'administration par voie intraveineuse de sérum glucosé ou d'hydrolysats de protéines.

Suivant l'état de la numération, une ou plusieurs transfusions pré-opératoires peuvent être nécessaires, associées à l'administration de vitamine B 12.

DES SOINS STOMATOLOGIQUES doivent également précéder l'intervention en supprimant d'éventuels foyers infectieux.

Outre des lavages de bouche (au besoin avec des solutions antibiotiques), la collaboration du stomatologiste est nécessaire.

La période pré-opératoire est mise à profit pour faire remettre en état la cavité buccale (extraction de chicots et détartrage des dents).

Ce n'est qu'avec une propreté gingivale complète et une cicatrisation parfaite de toutes les lésions alvéolo-dentaires que le traitement chirurgical ou par radiations doit être entrepris.

LA GASTROSTOMIE permet une meilleure préparation pré-opératoire lorsque le malade est très dysphagique et dénutri. Elle est alors pratiquée quelques jours avant l'intervention et rend plus facile l'alimentation post-opératoire en aidant ainsi à une rééquilibration plus rapide de l'état général.

La création de la bouche gastrique est aisée, à l'anesthésie locale. On a intérêt à créer une fistule à trajet simple en utilisant par exemple la technique de Fontan ; cette bouche est en effet temporaire.

Mais cette gastrostomie n'est pas systématiquement nécessaire si le malade est susceptible de supporter une sonde naso-œsophagienne pendant quelques semaines.

LA TRACHÉOTOMIE est pratiquée au début même de l'intervention. Elle permet l'anesthésie en circuit fermé par intubation. Elle est maintenue jusqu'à cicatrisation de la région traitée, ou tout au moins tant que des accidents de gêne respiratoire laryngée, ou des complications pulmonaires restent à craindre. Cette trachéotomie permet des broncho-aspirations faciles rendues parfois nécessaires par les fausses routes de déglutition qui se produisent fréquemment dans les jours qui suivent l'abla-

tion de la sonde naso-œsophagienne quelques semaines après l'opération.

Ainsi, grâce à la trachéotomie et dans certains cas à la gastrostomie préalable, toute liberté d'action est laissée dans la cavité bucco-pharyngée.

POSITION DU MALADE. — La tête de l'opéré est mise en hyper-extension, la face tournée vers l'épaule du côté opposé. Le sterno-cléido-mastoïdien est ainsi tendu au maximum et son relief se dessine sous la peau.

ANESTHÉSIE. — Cette puncture peut se pratiquer sous anesthésie locale après préparation de base. Par exemple en administrant un lavement : chloral, 4 gr., bromure, 4 gr., une heure et demie avant l'intervention et en injectant un centigramme de morphine une demi-heure avant.

En fait, c'est une intervention assez longue, puisqu'elle comporte, avant la création du pharyngostome, un évidement jugulo-carotidien et sous-maxillaire.

Aussi est-il préférable d'employer l'anesthésie générale.

La trachéotomie, premier temps de l'intervention, est faite sous anesthésie locale ou encore pendant le temps d'action du barbiturique injecté par voie intra-veineuse, ce qui est facilement réalisable, puisque ce premier temps est court. Une fois l'orifice de trachéotomie ainsi créé, celui-ci est utilisé pour l'intubation. L'utilisation de curarisants donne un relâchement musculaire complet.

Technique de l'intervention

1^{er} temps : TRACHÉOTOMIE.

Le 1^{er} temps consiste en une trachéotomie. Celle-ci sera faite sous-isthmique après incision transversale cutanée à un travers de doigt au-dessus du manubrium sternal.

2^e temps : INCISION CUTANÉE D'ÉVIDEMENT GANGLIONNAIRE.

L'incision suit d'abord le bord antérieur du sterno-cléido-

mastoïdien de la région sous-mastoïdienne à l'articulation sterno-claviculaire.

Partant de cette première incision et perpendiculairement à elle, une seconde incision est tracée de la région de la grande corne de l'os hyoïde jusqu'à la région sous-mentale. Les volets cutanés dessinés par les deux incisions sont libérés en laissant en profondeur les fibres du peaucier. Les vaisseaux superficiels sont liés ou coagulés.

D'autres incisions sont possibles, soit du type Morestin, soit un lambeau à concavité postérieure du type Sébileau. Quelle que soit l'incision, les lambeaux disséqués et relevés doivent découvrir largement la région carotidienne et la région sous-maxillaire.

3^e temps : SECTION DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN ET DE SA GAINE.

Après avoir dégagé le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien au niveau du tiers inférieur du champ opératoire, on ouvre la gaine du muscle, ce qui permet d'exposer les fibres musculaires et de les sectionner transversalement.

4^e temps : DÉCOUVERTE ET SECTION DE LA VEINE JUGULAIRE INTERNE.

La section musculaire du sterno-cléido-mastoïdien permet d'apercevoir le paquet vasculo-nerveux que croise l'homo-hyoïdien. L'homo-hyoïdien est alors sectionné.

Après ouverture du feuillet profond de la gaine, la veine apparaît plus ou moins dilatée. On repère le pneumogastrique qui est alors isolé et on sépare la veine jugulaire de la carotide.

Entre deux ligatures au fil de lin, la jugulaire interne est alors sectionnée à sa partie la plus inférieure, ces deux ligatures étant distantes d'environ un centimètre. Une double ligature de chacun des bouts est prudente afin d'éviter les risques de « glissement ».

Le bout supérieur n'est pas séparé du sterno-cléido-mastoïdien.

5^e temps : LIBÉRATION DE LA FACE PROFONDE DU PAQUET GANGLIONNAIRE DE BAS EN HAUT.

Le bloc formé par le sterno-cléido-mastoïdien, la jugulaire interne et le paquet ganglionnaire profond est alors soulevé et dissocié du paquet carotido-pneumogastrique.

Les petits vaisseaux sont isolés, disséqués et ligaturés, en particulier la *veine thyroïdienne supérieure* au niveau du pôle supérieur du corps thyroïde.

La dissociation faite au doigt et prudemment au ciseau permet de laisser en avant et de bas en haut le lobe correspondant du corps thyroïde, la paroi latérale de la trachée, la carotide primitive et le pneumogastrique, puis la bifurcation et la naissance de la carotide interne, et de la carotide externe, les muscles sous-hyoïdiens, le larynx, la partie postérieure de la membrane thyroïdienne et l'os hyoïde.

6° *temps* : EVIDEMENT GANGLIONNAIRE SOUS-MAXILLAIRE.

L'incision aura rencontré la veine jugulaire externe, qui sera sectionnée entre deux ligatures. Cette incision doit limiter un lambeau destiné à être relevé jusqu'au bord inférieur du maxillaire et ce lambeau doit comprendre la branche du nerf facial destinée à l'orbiculaire des lèvres. Ce lambeau est donc relevé jusqu'au-dessus du bord inférieur du maxillaire, qui est dégagé à la rugine depuis la région mentonnière jusqu'au point de croisement des vaisseaux faciaux.

Les vaisseaux faciaux, artère et veine, sont alors liés séparément. Le pôle antérieur de la glande sous-maxillaire est libéré. En avant, le mylo-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique sont découverts et ce dernier sectionné.

Résection du canal de Warthon. — Celle-ci est effectuée le plus près possible de son orifice. On en profite pour repérer l'hypoglosse et le nerf lingual en évitant de les blesser.

Le pôle antérieur de la glande sous-maxillaire et les ganglions qui y sont accolés sont rabattus et cette masse est réclinée d'avant en arrière en suivant le digastrique jusqu'au point où l'artère faciale croise le ventre postérieur du muscle. Celle-ci est liée à ce niveau.

La glande sous-maxillaire ainsi libérée est rabattue en arrière. Son pôle postérieur et les ganglions éventuels que contient cette loge restent attachés à la chaîne jugulo-ganglionnaire, dont la dissection de bas en haut est déjà aux trois quarts faite.

7^e temps : FIN DE LA LIBÉRATION DE LA MASSE GANGLIONNAIRE.

Le clivage carotido-jugulaire est alors achevé. La ligature au lin de la jugulaire interne est pratiquée le plus haut possible. Le sterno-cléido-mastoïdien est sectionné au voisinage de son insertion mastoïdienne. Le curage ganglionnaire est terminé. Il reste alors le plan carotidien débarrassé de tout le tissu cellulo-ganglionnaire.

8^e temps : LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE.

Celle-ci est pratiquée au fil de lin entre les branches thyroïdiennes supérieure et linguale.

9^e temps : SECTION DE LA GRANDE CORNE DE L'OS HYOÏDE ET DE LA CORNE SUPÉRIEURE DE L'AILE THYROÏDIENNE.

La grande corne de l'os hyoïde est dégagée de ses insertions ligamentaires et musculaires (stylo-hyoïdien, hyoglosse, mylo-hyoïdien et tendon intermédiaire du digastrique en haut, membrane thyro-hyoïdienne en bas).

Un écarteur de Farabeuf récline en haut les plans musculaires sous la branche horizontale du maxillaire.

La corne hyoïdienne est alors complètement isolée. On la sectionne à la pince d'Ombredanne, immédiatement en dehors de l'implantation de la petite corne.

De même la corne supérieure de l'aile thyroïdienne correspondante est sectionnée. La section est faite au ras de l'implantation de la corne. Parfois il peut être utile de sectionner en oblique l'angle postéro-supérieur de l'aile thyroïdienne, voire si l'on veut avoir une vue correcte sur le sinus piriforme, de sectionner verticalement l'aile thyroïdienne à l'union de son tiers postérieur et de ses deux tiers antérieurs. Cette section se fait également à la cisaille d'Ombredanne après décollement sous-périchondral de l'aile thyroïdienne de la muqueuse pharyngée qui la tapisse à ce niveau.

10^e temps : OUVERTURE DU PHARYNX ET EXPLORATION DES LÉSIONS.

L'ouverture du pharynx, qui n'est pas toujours aisée, est grandement facilitée *en se guidant sur le doigt introduit dans la bouche*. Cette ouverture du pharynx permet alors l'exploration :

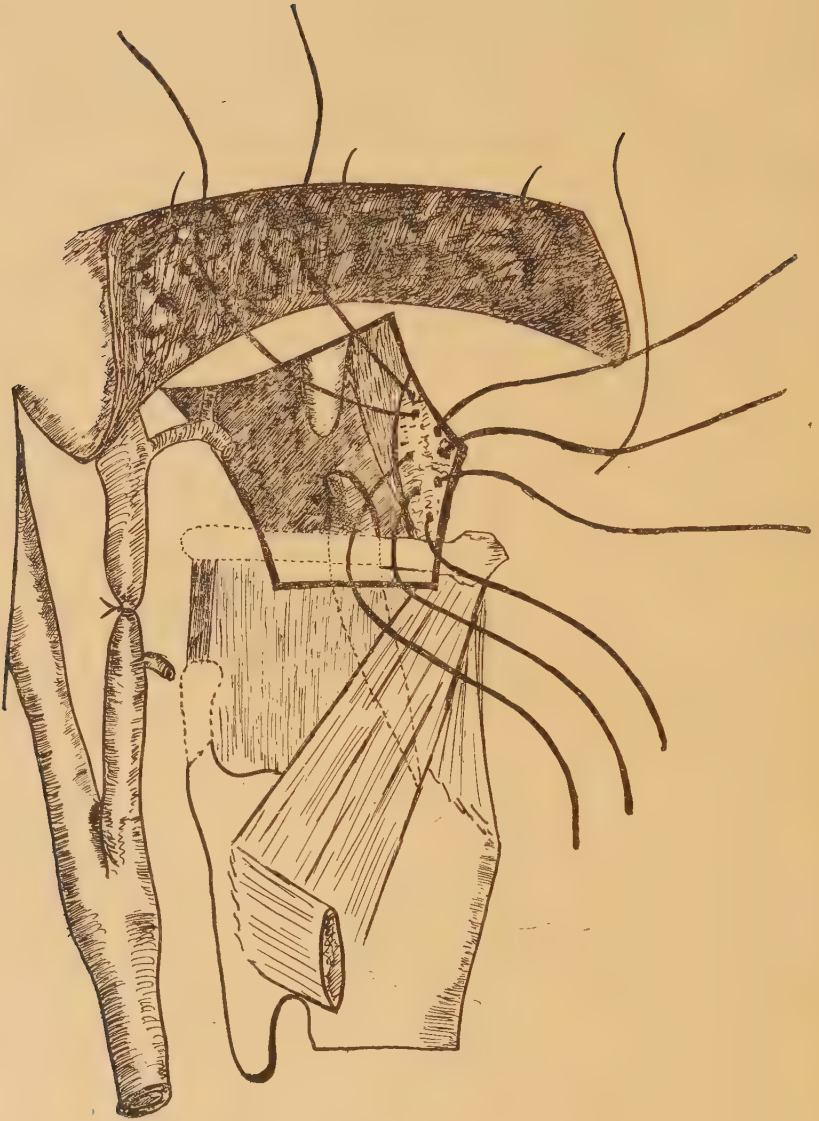


FIG. 1. — Le curage jugulo-carotidien et sous-maxillaire est terminé. Après la ligature de la carotide externe, la grande corne de l'os hyoïde et la corne supérieure de l'aile thyroïdienne ont été sectionnées. Le pharyngostome est constitué et la lésion de la base de la langue est aiguillée. Les fils d'attache des aiguilles sortent par le pharyngostome.

- de la base de la langue et du sillon glosso-épiglottique ;
- du pôle inférieur de l'amygdale et du sillon glosso-amygdalien ;

- du repli pharyngo-épiglottique,

et si l'on a sectionné l'aile du cartilage thyroïde, de l'ensemble du sinus piriforme jusqu'à la bouche œsophagienne.

Mais la brèche ainsi créée peut être insuffisante et l'on peut être amené à faire une résection de l'angle du maxillaire inférieur qui permet d'avoir un jour plus important en particulier vers la région du sillon amygdalo-glosse pour les épithéliomas de cette région.

La brèche de pharyngostomie permet une exploration de la tumeur à la vue et au toucher, ainsi peut-on en apprécier les limites exactes.

La radium puncture est alors pratiquée.

11^e temps : RADIUM-PUNCTURE DE LA TUMEUR.

Cette pharyngotomie latérale va permettre une *puncture à ciel ouvert*. L'instrumentation se compose du matériel classique pour une radium-puncture. C'est-à-dire de la pince porte-aiguille, un poussoir, des aiguilles de suture à rayon de courbure très court, des aiguilles radifères.

Les aiguilles employées dans les observations qui suivent sont courtes et longues, contenant 1 mg, 1 mg 33 ou 2 mg de radium élément.

L'emploi des aiguilles longues de 2,5 cm est recommandé, parce qu'elles tiennent mieux en place. L'importance de l'infiltration en profondeur justifie d'ailleurs cette longueur. La fixation des aiguilles est pratiquement impossible. Ces aiguilles sont munies d'une soie cirée N° 1 ou 2, permettant l'extraction des aiguilles à la fin du temps de puncture.

Les fils de ces aiguilles sortent par la brèche du pharyngostome.

Il importe de ne pas utiliser des aiguilles à forte charge de radium : malgré le soin qu'on apportera à disposer celles-ci à distance voulue les unes des autres, elles seront en fait proches les unes des autres, d'où concentration importante de radiations.

Si les charges des aiguilles dépassaient 2 mg par aiguille, la concentration radiante serait dangereuse pour les éléments osseux ou cartilagineux voisins et surtout pour la carotide proche.

LA TECHNIQUE D'IMPLANTATION. — L'implantation des aiguilles se fera autant que possible perpendiculairement à la surface muqueuse en essayant de déborder la zone d'infiltration, ce dont on se sera rendu compte préalablement au doigt.

Les aiguilles seront orientées d'arrière en avant et de haut en bas. Ainsi, en cas de tendance à l'expulsion, leur chas viendra buter contre la paroi postérieure du pharynx, ce qui les maintient en place.

12^e temps : SUTURES.

La tumeur étant aiguillée et les fils ressortant par le pharyngostome, on fait une suture incomplète de l'incision cutanée en haut, en bas et en avant.

La partie médiane de la plaie est suturée (à la soie fine par exemple) en affrontant le rebord de la muqueuse pharyngée et celui de la peau. Cette suture permet la permanence du pharyngostome.

Les fils d'amarrage sortent par la brèche de pharyngostomie.

La mise en place d'un ou deux tubes de polythène branchée sur une aspiration sur flacon réalise une fermeture sous dépression type Redon qui facilite beaucoup les suites opératoires. Ce drainage aspiratif sera maintenu deux ou trois jours suivant la quantité de sang aspirée dans les flacons.

13^e temps : MISE EN PLACE D'UNE SONDE NASO-ŒSOPHAGIENNE ET TAMPONNEMENT DE LA CAVITÉ PHARYNGÉE.

Une sonde naso-œsophagienne est placée, dont on peut vérifier la situation par la brèche pharyngée afin d'assurer l'alimentation de l'opéré si une gastrostomie n'a pas été pratiquée quelques jours avant.

Il n'est pas indiqué de faire passer la sonde œsophagienne par l'orifice de pharyngostomie. Le contact de la sonde avec les bords du pharyngostome risque de favoriser la nécrose.

La cavité pharyngée est ensuite tamponnée avec une mèche



FIG. 2. — L'intervention est terminée. La canule de trachéotomie est en place, ainsi que la sonde naso-œsophagienne.

Une mèche est tassée dans la lumière du pharyngostome. A la partie supérieure de celui-ci sortent les fils des aiguilles de radium.

de gaze tassée dans un petit Mickulicz. Ce tamponnement assure un blocage étanche au-dessus du larynx, maintient les aiguilles de radium en place et empêche les sécrétions naso-bucco-pharyngées de tomber dans les voies aériennes. Enfin un pansement indépendant pour la trachéotomie est appliqué au niveau de la canule.

DOSES ET DURÉE D'APPLICATION DES AIGUILLES DE RADIUM. La durée d'application dépend de la dose de radium utilisée en fonction du volume tumoral. En moyenne, le traitement doit être étalé sur 6 à 7 jours. Selon l'importance de la tumeur, le nombre de MCD devra être de 12 à 18 ; 8 à 10 aiguilles sont nécessaires lorsqu'on utilise des charges de 1,40 milligramme par aiguille.

Surveillance de l'opéré — Soins post-opératoires

LE JOUR DE L'INTERVENTION.

Un traitement antibiotique par voie générale (pénicilline un million d'unités, streptomycine un gramme) et même parfois des doses plus élevées, sera continué comme il avait été commencé de façon systématique avant l'intervention. Il sera poursuivi pendant 8 à 10 jours.

LE LENDEMAIN.

La bonne mise en place des aiguilles est vérifiée dans les 24 heures par des radiographies de face, de profil et en position de Hirtz.

L'alimentation liquide de l'opéré est commencée dès le lendemain par la sonde naso-œsophagienne (ou la sonde de gastrostomie).

Tout en restant liquide, on s'efforcera qu'elle soit particulièrement riche en protides (Hyperprotidine), en glucides, et aussi en vitamines.

Le pansement est maintenu dans le pharyngostomie pendant tout le temps de puncture. Si l'on a des raisons de craindre des ennuis de suppuration cervicale du fait du maintien de ce pan-

sement, on peut à la rigueur changer la mèche du Mickuliez sans toucher à celui-ci pour ne pas déplacer les aiguilles.

L'exérèse des aiguilles est facile malgré la réaction d'œdème et de surinfection qui les masque. La simple traction sur les fils d'attache permet de les extraire.

CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DU PHARYNGOSTOME.

Après l'ablation des aiguilles, le pharyngostome aura tendance à se rétrécir spontanément.

Il faut chercher par un tamponnement adéquat à le maintenir ouvert, puisqu'il a été créé non seulement pour placer les aiguilles, mais pour en surveiller l'action. Par ce pharyngostome s'éliminent les tissus nécrosés par le radium. Ainsi sont évitées les complications pulmonaires par aspiration de fragments de sphacèle. Par ce pharyngostome enfin, on appréciera de visu la réaction des tissus sous l'influence du radium.

Ultérieurement, c'est-à-dire après un temps suffisant de surveillance qui s'échelonne sur plusieurs mois (au cours desquels une radiothérapie complémentaire a pu être faite) il est nécessaire d'envisager la fermeture de celui-ci, par une intervention plastique appropriée, si le pharyngostome s'est maintenu ouvert.

Mais il est remarquable de constater combien ce pharyngostome a tendance à se rétrécir spontanément alors qu'on a le désir de le voir rester momentanément béant, afin de pouvoir surveiller la zone traitée.

La roëntgenthérapie complémentaire

La roëntgenthérapie reste nécessaire dans la plupart des cas.

— d'une part comme complément de la puncture pour la lésion primaire ;

— d'autre part et surtout comme traitement prophylactique du territoire ganglionnaire du côté opposé dont *l'atteinte secondaire est si fréquente* (l'irradiation pourra se limiter à ce dernier territoire).

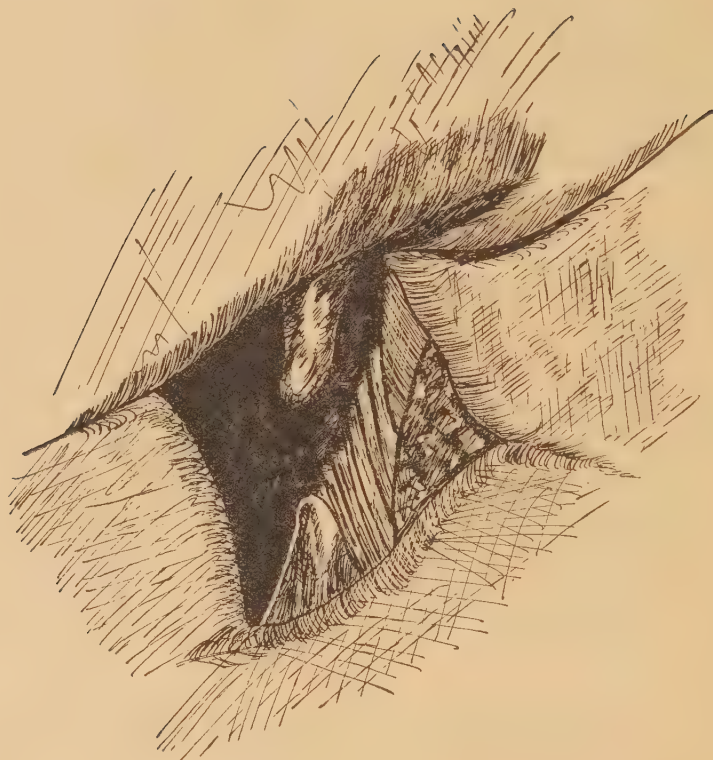


FIG. 3. — Le pharyngostome est maintenant ouvert. Il permet d'apercevoir la base de la langue, la luette, l'épiglotte et le carrefour glosso-pharyngo-épiglottique, ce qui rend facile la surveillance.

— enfin comme complément de l'évidement jugulo-carotidien et sous-maxillaire déjà pratiqué, en particulier si plusieurs groupes ganglionnaires se sont révélés histologiquement envahis.

Les *rayons X* seront commencés environ trois semaines à un moi sapsès l'intervention. Il faut laisser aux réactions muqueuses post-curiethérapiques le temps de s'estomper, et aux berges du pharyngostome le temps de s'épidermiser.

L'irradiation de chaque face latérale du cou se fait par deux champs :

- l'un supérieur,
- l'autre inférieur.

Ces deux champs latéraux permettent l'irradiation à la fois des territoires ganglionnaires et de la lésion primaire.

Les limites de la surface irradiée sont :

— en haut : une ligne horizontale passant par la partie moyenne de la mastoïde et la partie moyenne de la branche montante du maxillaire inférieur ;

— en avant : une ligne verticale distante de un centimètre de la ligne médiane ;

— en arrière : le bord antérieur du trapèze ;

— en bas : le bord supérieur de la clavicule.

Cette surface ainsi délimitée est divisée en deux champs :

- un champ cervical supérieur ;
- un champ cervical inférieur,

chacun ayant environ 50 à 60 centimètres carrés. Chaque champ au cours de la même séance reçoit 200 r par champ. Ce qui fait pour chacun d'eux une dose totale de 2.500 à 4.000 r étalés sur 50 à 60 jours. Les champs cervicaux inférieurs recouvrent une dose moindre que les champs cervicaux supérieurs.

Un champ antérieur peut compléter les portes d'entrée latérales.

CURIE-PUNCTURE EN « SANDWICH » ENTRE DEUX SÉRIES DE RÖENTGENTHÉRAPIE.

Le traitement sandwich n'a pratiquement pas d'indications

dans les formes relevant de la curie-puncture à l'aide d'un pharyngostome.

Il pourrait être indiqué de faire précéder la puncture d'irradiations externes, ceci afin de faire diminuer l'étendue de la tumeur, d'agir sur sa partie végétante ou de stopper l'évolution d'une adénopathie.

En fait, le temps de l'intervention chirurgicale devrait suivre d'assez près cette radiothérapie préventive, c'est-à-dire au bout d'une quinzaine de jours. On ne pourrait donc guère dépasser 1.500 à 1.800 r par champ.

En outre, la chirurgie après radiothérapie est infiniment plus difficile et comme il s'agit d'une intervention complexe intéressant une gouttière vasculaire importante, on aura intérêt à *n'opérer que des sujets vierges de tout traitement antérieur par radiations.*

Fermeture plastique du pharyngostome

Cette intervention plastique a pour but la reconstruction de la paroi muqueuse pharyngée et de la paroi cervicale cutanée afin d'obtenir le rétablissement d'une déglutition normale.

Le pharyngostome est parfois suffisamment étroit pour permettre la *fermeture simple par dissection large des berges de la brèche cutanée*. Le versant profond (suture nœuds vers le pharynx) constitue le plan « muqueux ». Le versant externe (suture nœuds vers la superficie) constitue le plan cutané.

Cette façon de procéder est possible non seulement si le pharyngostome est peu important, mais également et surtout s'il n'y a pas eu de radiothérapie complémentaire de ce côté.

En fait, il faudra souvent avoir recours à une intervention plastique plus complexe, avec utilisation d'un *lambeau pédiculé pris à distance*. Cette manœuvre est nécessaire lorsque la région a été irradiée, l'irradiation ayant provoqué des troubles vasculaires locaux expliquant les désunions secondaires et le sphacèle. L'apport sur la zone irradiée de tissus normaux bien irrigués prélevés à distance permet de mener à bien cette intervention. La palette cutanée la plus sûre est celle que l'on dessinera dans la région de la pointe de l'omoplate avec base du pédicule dans la région sus-acromiale.

On s'inspirera pour ce temps plastique de tous les principes en vigueur lorsqu'on intervient sur terrain irradié, à propos desquels les plus grandes précautions sont nécessaires : pédicule bien nourri, assez large, non tendu, ni tordu, sutures pas trop serrées, essais multiples d'autonomie de la palette d'apport par striction progressive du pédicule nourricier avant la section définitive de celui-ci.

LES INDICATIONS DE LA PUNCTURE PAR VOIE DE PHARYNGOTOMIE LATÉRALE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE

Quelles sont les indications de cette technique de puncture par voie de pharyngotomie latérale ?

Les cas susceptibles d'être traités correspondent aux tumeurs n'ayant pas dépassé les limites de la base linguale vers la paroi latérale du pharynx, sans adénopathies ou avec une adénopathie de moins de trois centimètres de diamètre permettant un évidement ganglionnaire cervical correct.

De nombreux classements des épithéliomas de la langue ont été proposés. Si l'on adopte la classification internationale en stades I, II, III, IV, cette technique de puncture semble réservée :

— aux épithéliomas du stade I, c'est-à-dire correspondant à une tumeur de la langue de moins de deux centimètres de diamètre ;

— à quelques formes du stade II, c'est-à-dire aux tumeurs encore limitées à la base de la langue, mais ayant dépassé deux centimètres de diamètre.

Ces tumeurs ne doivent donc pas dépasser la base de la langue, ne pas atteindre la paroi latérale du pharynx, et ne pas s'accompagner d'adénopathies ou seulement d'adénopathies unilatérales et de petit volume.

Il semble que cette méthode s'adresse surtout aux formes infiltrantes ou interstitielles surtout à leur début, c'est dire à nouveau l'intérêt pour un diagnostic précoce de la confrontation radio-clinique.

Dans les formes ulcéro-nécrotiques, l'action du radium est sans doute moindre que dans les lésions infiltrantes,

LES CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications de cette intervention restent donc nombreuses. Une contre-indication est essentielle : c'est la *radiothérapie préalable* ayant comporté des doses « thérapeutiques ». Il faut en effet réserver cette voie de puncture à des sujets « neufs », c'est-à-dire n'ayant jamais été traités. Toute radiothérapie antérieure, tant sur la lésion primaire que sur les adénopathies, doit faire surseoir à l'intervention, qui ne peut aboutir qu'à des désastres par désunion et radio-nécrose vasculaire secondaire.

Mises à part les contre-indications définitives ou passagères dues à un mauvais état général chez des sujets dénutris, ou encore surinfectés, les contre-indications locales sont les suivantes :

Au niveau de la tumeur :

— les épithéliomas de la langue trop volumineux, trop infiltrés ou dépassant largement les limites de la base linguale sont des contre-indications formelles. C'est dire qu'il faudra éliminer systématiquement :

— les cancers au stade III, qui correspondent à une tumeur avec large infiltration atteignant les organes voisins (paroi latérale du pharynx, pied de l'épiglotte, etc...) ;

— les cancers du stade IV, qui correspondent à une tumeur avec envahissement considérable des tissus adjacents ou propagés aux organes voisins.

Au niveau de l'adénopathie :

Toute adénopathie volumineuse, c'est-à-dire dépassant environ trois centimètres de diamètre, est une contre-indication, et, à plus forte raison une adénopathie très dure, fixée ; ou encore un envahissement ganglionnaire du côté opposé décelable cliniquement.

EXTENSION DE CETTE TECHNIQUE A DES LOCALISATIONS DE VOISINAGE

Cette technique de traitement ne s'adresse pas seulement aux épithéliomas de la base de la langue.

Elle peut être étendue aux épithéliomas de voisinage sur lesquels le pharyngostome permet d'avoir une vue correcte et un accès plus facile pour apprécier les lésions et les traiter.

C'est ainsi que cette voie d'abord avec puncture et évidemment cervical contemporain peut être appliquée aux épithéliomas du *sillon amygdalo-glosse*, du *bord libre de l'épiglotte* et aux *épithéliomas du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique*, en particulier du repli *pharyngo-épiglottique*.

Certains épithéliomas relativement limités du *sinus piriforme* et, plus spécialement, de la partie toute antérieure, peuvent également bénéficier de cette voie d'abord.

AVANTAGES DE LA RADIUM-PUNCTURE DES EPITHELIOMAS DE LA BASE DE LA LANGUE PAR VOIE DE PHARYNGOSTOMIE LATERALE

Cette technique de radium-puncture par voie de pharyngotomie latérale présente de nombreux avantages :

— l'incision de cervicotomie latérale permet de pratiquer un curage ganglionnaire cervical complet, systématique (suivi de contrôle histologique) ;

— au cours de ce curage, une ligature préventive de la *carotide externe* permet d'éviter, dans une certaine mesure, les hémorragies secondaires ;

— un pharyngostome provisoire est constitué pour quelques mois, voire plus d'un an. Celui-ci évite dans l'immédiat des accidents de cellulite cervicale et permet la mise en place d'aiguilles de radium et leur exérèse les jours suivants. Il devient donc, en quelque sorte « une fenêtre de surveillance » de la lésion puncturée. Il permet, en outre, l'élimination des fragments de muqueuse et, éventuellement, de cartilage atteint par l'action du radium.

Une telle intervention, précédée d'une trachéotomie systématique, est exécutée à l'anesthésie générale, en circuit fermé par la canule de trachéotomie.

Cette dernière est maintenue quelques semaines, c'est-à-dire le temps que disparaissent les phénomènes d'œdème et d'élimination des zones sphacélées par le radium.

L'alimentation est assurée pendant 15 jours à trois semaines par une sonde œsophagienne passant par le nez.

Cette sonde peut ensuite être enlevée et l'alimentation reprise par les voies naturelles

— La pharyngotomie latérale a l'avantage de permettre une exploration parfaite de la zone néoplasique. Celle-ci paraît

souvent beaucoup plus étendue qu'on ne le pensait, les erreurs d'interprétation clinique et radiologique étant fréquentes.

Toute une série de malades ont été traités ainsi, non seulement pour des épithéliomas de la base de la langue, mais encore pour des lésions de localisation assez diverses : *repli aryépiglottique, sinus piriforme, repli pharyngo-épiglottique, bord libre de l'épiglotte.*

Mais c'est surtout la *base de la langue* qui reste l'indication majeure.

Il s'agit enfin d'une technique non mutilante, ce qui mérite d'être retenu.

La mise en place des aiguilles de radium est facile et peut être correctement exécutée, puisqu'elle est faite sous contrôle de la vue.

En cas de chute secondaire et prématurée des aiguilles, ce pharyngostome permet un repérage facile des aiguilles et leur récupération; ainsi que la correction de la dose d'irradiation par une nouvelle puncture si nécessaire.

LES INCONVENIENTS DE CETTE METHODE DE RADIUM-PUNCTURE

A ce traitement des cancers de la base de la langue et du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique, on peut objecter que le traitement de la lésion primaire est contemporain de l'évidement ganglionnaire, au lieu de réaliser comme dans le traitement classique une puncture du cancer dans un premier temps et dans un deuxième temps, quand la réaction locale est disparue, un curage ganglionnaire.

En fait, en pratiquant un pharyngostome dans un premier temps et une ligature de la carotide externe, il serait extrêmement difficile de réintervenir quelques semaines après. Le curage serait devenu très délicat du fait des adhérences et de la création du pharyngostome.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Les observations qui suivent sont celles de malades traités ou en cours de traitement à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. LEROUX-ROBERT, qui a bien voulu nous autoriser à les reproduire. Elles comprennent des épithéliomas de la base de la langue et aussi par extension des épithéliomas du repli pharyngo-épiglottique, du sillon amygdalo-glosse et de la partie antérieure du sinus piriforme.

Tous ces malades ont été traités suivant la technique décrite, avec puncture par voie de pharyngotomie latérale et évidemment ganglionnaire cervical contemporain.

Ces observations ne doivent être considérées que du point de vue de la technique utilisée. Elles n'ont pas encore de valeur vis-à-vis de la guérison du cancer, puisqu'aucune d'elles n'a plus de cinq ans de recul. Néanmoins l'impression d'ensemble paraît favorable, par rapport au peu d'espoir que l'on est obligé d'accorder aux autres modes de traitement.

OBS. I. — M. B... Marien, 68 ans. — *Epithélioma du sillon amygdalo-glosse gauche.*

Malade traité depuis 1953 en province pour un épithélioma du sillon amygdalo-glosse gauche vérifié histologiquement.

Du 27 janvier au 5 mars 1953, ce malade a reçu un *traitement de rayons X* comportant 2 champs : 3.300 r à gauche et 3.000 r à droite, centrés sur l'angle mandibulaire.

M. B... est adressé à M. LEROUX-ROBERT le 4 juin 1956 par le Dr THOMAS, de Clermont-Ferrand. A l'examen, le versant lingual de la moitié postérieure du sillon amygdalo-glosse est infiltré. La lésion est propre, paraissant très localisée, n'atteignant pas la ligne médiane en dedans. Cette lésion est infiltrante, mais non ulcérée. Il n'y a pas d'adénopathie, ou peut-être une toute petite adénopathie du volume d'un grain de plomb sous l'angle de la mâchoire du côté gauche. Etant donné les doses relativement peu importantes de radiothérapie, la limitation des lésions, le bon état

général du malade, il est alors envisagé une thérapeutique complémentaire sous forme de *pharyngotomie latérale gauche permettant un curage ganglionnaire et une puncture*.

Ce malade est opéré le 19 juin 1956 par M. LEROUX-ROBERT, qui pratique un évidement ganglionnaire gauche, une ligature de la carotide externe, une pharyngotomie latérale avec mise en place de radium (en tout 6 aiguilles de 1,33 laissées en place 5 jours, et donnant 7,182 mcd).

« L'examen histologique des ganglions jugulo-carotidiens montre un envahissement par un épithélioma dont les lobules à centre nécrotique sont formés de cellules presque toutes indifférenciées. Par place, ébauche d'évolution épidermoïde » (GRICOUROFF).

Les suites opératoires locales sont bonnes, mais le séjour à l'hôpital du malade est prolongé par suite de l'apparition d'un abcès thoracique antérieur droit, à point de départ sus-sternal, s'étendant jusqu'au creux axillaire droit et ayant nécessité deux incisions.

Le sujet sort de l'hôpital le 5 octobre 1956 avec un bon état local. Il ne persiste qu'une petite induration située dans la base de la langue au niveau du pied du pilier antérieur gauche, induration pouvant n'être que cicatricielle.

Deux mois plus tard, l'examen montre que la région cervicale gauche est parfaitement cicatrisée. En laryngoscopie on ne constate plus d'anomalie au niveau du versant lingual du sillon amygdalo-glosse gauche, mais au toucher ce versant lingual reste induré.

Ce malade est suivi régulièrement et, le 26 mars 1957, un nouvel examen montre qu'il existe une récurrence incontestable correspondant à tout le sillon amygdalo-glosse gauche.

A l'abaisse-langue, on constate une ulcération de la moitié inférieure du pilier antérieur de l'amygdale gauche atteignant l'insertion linguale de ce pilier avec infiltration, sur un travers de doigt, du versant lingual du sillon amygdalo-glosse dans sa partie antérieure. La loge amygdalienne elle-même paraît peu atteinte. Le pilier postérieur est parfaitement respecté. Il semble donc s'agir d'une lésion qui est remontée de la zone opérée qui, elle, reste bien cicatrisée, en direction de la loge amygdalienne et du sillon pharyngoglottique.

Par ailleurs, il n'y a pas de trismus, et aucune récurrence ganglionnaire au niveau de la zone de pharyngectomie latérale, qui est parfaitement bien cicatrisée, souple. L'état général est excellent.

Il est possible d'envisager localement (c'est la seule solution possible) une nouvelle puncture de la zone actuellement infiltrée.

Cette *nouvelle radium-puncture* est faite à l'Hôpital Boucicaud le 29 mars 1957 par M. LEROUX-ROBERT. 6 aiguilles de radium sont mises en place : 3 aiguilles longues de 2 mg placées dans le versant lingual du sillon amygdalo-glosse gauche et 3 aiguilles courtes de 1,40 : une dans le voile, une dans le pilier antérieur, la troisième directement dans la loge amygdalienne.

Les aiguilles sont enlevées le 3 avril 1957. MCD : 9,18.

Les suites opératoires sont bonnes. On attend la réaction de cette radium-puncture pour juger de l'utilité d'un traitement complémentaire de rayons X sur la loge amygdalienne.

Le malade sort de l'hôpital le 8 avril 1957, est revu tous les mois, et en juin 1957, l'examen local montre une petite zone nécrotique au niveau de la partie antérieure du sillon amygdalo-glosse gauche avec une petite infiltration de ce sillon, mais elle est peut-être d'ordre cicatriciel. Par ailleurs, il n'y a pas d'otalgie, le cou est souple. Seule la déglutition est un peu douloureuse. Le *traitement de rayons X* est commence le 18 mai 1957 et terminé le 13 juin.

Le malade a reçu en tout 2.200 r sur un champ.

Fin octobre 1957, le sujet va aussi bien que possible, tant du point de vue fonctionnel, pas de dysphagie, que du point de vue de la souplesse de la zone atteinte antérieurement.

OBS. II. — Mo... Maurice-Roger, 58 ans. — *Epithélioma du repli pharyngo-épiglottique droit* (cf. *Annales d'Oto-Laryng.* T. 74, n° 7-8, 1957, pp. 501-506).

Malade adressé par le Dr BOULAY du RAINCY à M. LEROUX-ROBERT.

A l'examen, le 10 décembre 1955 : en laryngoscopie, aspect rétracté du repli pharyngo-épiglottique droit, ulcération incontestablement néoplasique, débordant sur la partie adjacente du sillon glosso-épiglottique et sur la partie adjacente de la paroi latérale du pharynx.

Bourgeonnement du bord libre de l'épiglotte, mobilité tout à fait normale de l'hémi-larynx droit. Pas d'adénopathie, peut-être une infiltration pariétale pharyngée.

Les indications thérapeutiques sont difficiles. Cette forme réagira peu à la radiothérapie. Par contre, l'intégrité absolue de l'endolarynx et du fond du sinus piriforme font hésiter à proposer une pharyngo-laryngectomie large. Il s'agit d'une localisation qui pourrait bénéficier d'une pharyngectomie partielle.

Des radiographies sont alors demandées. Elles ne montrent rien de particulier, car une telle lésion est très difficile à objectiver par la radio.

Après avoir bien réfléchi, on décide de pratiquer une radium-puncture par voie de pharyngotomie latérale avec trachéotomie momentanée.

Cette *intervention* est pratiquée le 24 décembre 1955, par M. LEROUX-ROBERT à l'Hôpital Boucicaut. Elle comprend un évidement cervical droit complet, pharyngotomie et pose de radium.

Incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Une contre-incision perpendiculaire longue est pratiquée en direction de la région sous-mentale. Il existe des ganglions tout le long de la chaîne jugulaire. La jugulaire interne est réséquée avec le plan ganglionnaire.

Toutefois le sterno-cléido-mastoïdien n'est pas réséqué.

La membrane thyroïdienne est dégagée latéralement et en arrière des muscles thyro-hyoïdiens.

Au-dessus du pédicule laryngé supérieur, la grande corne de l'os hyoïde est alors réséquée. Ce qui permet d'atteindre la paroi latérale du pharynx au-dessus du repli pharyngo-épiglottique.

La lésion correspond à la face antérieure de l'épiglotte et au-dessus du sillon glosso-épiglottique, dans sa moitié droite, avec atteinte de la jonction du bord libre de l'épiglotte et du bord libre du repli pharyngo-épiglottique. On peut alors constater que la base de la langue à proprement parler n'est pas atteinte. On suture la muqueuse correspondante à la section de la base de la langue d'une part, et à la section de la paroi latérale du pharynx d'autre part. On crée un pharyngostome par lequel on a une vue assez correcte sur la lésion, au niveau de laquelle on place 5 aiguilles de 2 mg de radium. Deux sont enfoncées à travers la peau de la berge du pharyngostome. On ne pratique pas de trachéotomie sous réserve de surveillance respiratoire.

Les aiguilles de radium sont retirées le 29 décembre 1955, soit 5 jours après l'intervention. MCD 9.

Les suites opératoires ont été tout à fait simples. Il ne s'est pas produit de gêne respiratoire.

L'examen histologique des différents éléments a été pratiqué par le Dr de BRUX :

« Ganglion cervical inférieur rétro-jugulaire : ganglion très hyperplasique avec phénomènes de congestion au niveau des sinus.

« Ganglion cervical moyen rétro-jugulaire : aspect identique, sinus remplis d'œdèmes en voie d'organisation.

« Ganglion cervical supérieur rétro-jugulaire : importante hyperplasie.

« Ganglion cervical inférieur préjugulaire : même aspect.

« Ganglion principal du tronc linguo-facial : même aspect.

« Ganglion principal sous-digastrique : même aspect.

« Il n'y a donc de métastase dans aucun des ganglions ».

Le malade est réexaminé le 7 janvier 1955 :

La réaction de radio-épithélite est normale, visible en laryngoscopie.

Il existe un certain œdème de l'hémi-larynx droit. Cependant la fente glottique est large. L'hémi-larynx gauche est tout à fait normal.

Le pharyngostome sera conservé ouvert un temps suffisant pour avoir une certaine tranquillité concernant la stérilisation des lésions.

A la fin du mois de janvier, un nouvel examen montre en laryngoscopie une ulcération nécrotique correspondant à toute la partie radium-puncturée. C'est-à-dire un repli pharyngo-épiglottique droit et tout ce qui l'entoure. Il existe un œdème de l'hémi-larynx droit, la fente glottique est large. Par l'orifice du pharyngostome on aperçoit l'épiglotte et une zone ulcéro-nécrotique correspondant au repli

pharyngo-épiglottique, en avant au bord supérieur de l'aile thyroïdienne droite, qui présente un processus de chondro-nécrose.

Au début février 1956, un nouvel examen constate l'élimination de tissus sphacelés et d'une partie de cartilage qui correspond vraisemblablement à la grande corne droite de l'os hyoïde.

La muqueuse a un très bon aspect, après élimination des zones de sphacèle.

Un mois plus tard, au début de mars, le malade se plaint de dysphagie. On ne constate rien d'autre qu'un gros œdème aryténoïdien droit. Persistance d'une grosse zone de sphacèle au niveau du sinus piriforme droit. La région aryténoïdienne peut être considérée comme suspecte.

Le 15 mars 1956, un prélèvement de sécurité est alors pratiqué.

L'examen histologique donne les résultats suivants :

« Partie postérieure du plancher de la bouche au niveau du sillon amygdalo-glosse droit : aucun fragment tissulaire reconnaissable. Il s'agit d'une large zone ulcéro-nécrotique dont les éléments sont cytolisés.

« Bord droit de l'épiglotte : épithélium malpighien hyperplasique brusquement ulcéré. On rencontre une substance amorphe hyalinisée, infiltrée de polys altérés et de cellules réticulaires fibroblastiques. De ci, de là, on met en évidence des éléments de grande taille en état de pycnose.

« Dans le chorion sous-jacent qui est œdémateux apparaissent des plages de nécrose et surtout, des plages infiltrées de plasmocytes ».

Le diagnostic de cette lésion est difficile. Il ne s'agit pas vraisemblablement d'un épithélioma. On peut évoquer l'idée d'un plasmocytome du fait d'un infiltrat de plasmocytes, coexistant avec une substance hyaline, fibrinoïde, dont les colorations diront s'il s'agit de dépôts amyloïdes.

Peut-être est-on tout simplement en présence d'un granulome inflammatoire remanié.

Un myélogramme, une recherche de la protéinurie, une électrophorèse des globulines, un rapport sérum globuline, sont alors demandés en vue de compléter l'observation.

Devant la difficulté du diagnostic, il est alors décidé (MM. LEROUX-ROBERT, de BRUX) de revoir la coupe une nouvelle fois :

« Le large fragment examiné est recouvert par un épithélium malpighien hyperplasique, mais dont l'architecture et la morphologie cellulaire apparaissent normales, avec une couche assez épaisse de kératose en surface et quelques digitations en profondeur du chorion. En un point, on note une ulcération et le chorion adjacent à ce niveau apparaît œdémateux et hyalin avec des vestiges cellulaires plus ou moins pycnotiques. Dans le reste du chorion, qui apparaît très œdémateux, on note de larges plages de lymphocytes et de plasmocytes, mais par endroits, on rencontre quelques cellules isolées ou plasmodiaires dont le noyau reste très chromatique et

dont le cytoplasme est en voie de lyse. Ces éléments semblent appartenir à des restes de prolifération maligne et épidermoïde en voie de disparition totale. Il serait difficile de les rattacher à leur cause primitive, si, au milieu de la zone de nécrose-fibrinoïde, on ne rencontrait un *globe corné, kératosique, nettement conservé, dont l'origine épithéliomateuse ne fait aucun doute* ».

Le 22 mars 1956, un nouveau prélèvement au niveau d'une zone nettement sphacélique est alors demandé.

L'examen histologique de ce nouveau prélèvement (Dr de BRUX) donne les résultats suivants :

« Repli pharyngo-épiglottique droit : au-dessus d'un épithélium malpighien hyperplasique et kératosique, on rencontre un chorion sous-jacent, très inflammatoire. Sur un autre fragment, dans un chorion très œdémateux, on met en évidence de larges plages cellulaires constituées par des éléments réguliers à cytoplasme éosinophile, à noyau refoulé à la périphérie dont l'aspect est celui de plasmocytes volumineux. Selon toute vraisemblance, ces éléments sont très liés au traitement curiethérapique ».

Le 12 avril 1956, le malade est revu à nouveau. L'amélioration est nette, en particulier au niveau de la zone sphacélée, qui se nettoie rapidement. Il semble qu'une série de 20 injections de di-hydrostreptomycine ait donné un résultat satisfaisant.

De la mi-avril au 9 mai, date de l'examen suivant, l'état local ne cesse de s'améliorer. Au cours des examens suivants, il existe seulement une petite zone œdémateuse du repli aryéno-épiglottique. L'hémi-larynx reste parfaitement mobile et, par l'ouverture de pharyngotomie, on ne voit aucune zone suspecte. Au début du mois de septembre, le sujet se plaint d'un « petit accrochage » au niveau du pharynx, cependant l'aspect de la cavité est absolument parfait. Cet excellent état se poursuivant, lors d'un nouvel examen, le 14 janvier 1957, M. LEROUX-ROBERT décide la fermeture du pharyngostome.

Le pharyngostome est fermé le 8 février 1957.

Cette intervention est réalisée à l'anesthésie locale. Le pharyngostome est circonscrit de façon à avoir un plan profond retourné sur lui-même et noué au catgut, vers le pharynx. Par décollement, les plans superficiels arrivent à affronter liés correctement sans traction.

La suture de ces plans est effectuée suivant une ligne perpendiculaire à la ligne de suture des plans profonds, c'est-à-dire que la ligne du plan profond est horizontale et celle du plan est verticale.

Les suites sont très simples, cependant, quelques semaines après, la zone correspondant à ce qui était le repli pharyngo-épiglottique droit est largement ulcérée et doit être surveillée.

Un traitement antibiotique (pénicilline-streptomycine) est entrepris pendant 10 jours.

A la fin mai, l'état local s'est amélioré, cependant la zone corres-

pendant au repli pharyngo-épiglottique droit reste toujours d'aspect un peu suspect. Il semble qu'il ne puisse s'agir que d'un aspect cicatriciel.

Cet aspect dystrophique de la zone puncturée persiste dans les mois suivants. Mais il n'existe aucune végétation muqueuse à ce niveau et en outre il n'y a aucune infiltration cervicale.

Le malade est revu en décembre 1957. Son état local est excellent, ainsi que son état général.

Obs. III. — M. Bi... Henry, 61 ans. — *Epithélioma du versant lingual du sillon amygdalo-glosse droit.*

Il s'agit d'une lésion du sillon amygdalo-glosse, au niveau duquel une première biopsie faite en septembre 1956 est négative, mais qui trouve sa vérification histologique par une nouvelle biopsie pratiquée en décembre, et qui montre un épithélioma épidermoïde parakératosique à tendance spino-cellulaire, envahissant tissu musculaire et glandes muqueuses. En outre, on y observe un fragment d'aspect amygdalien, également envahi par l'épithélioma, avec une architecture soit en travées confluentes, soit en petits cordons disséminés et de nombreuses anomalies cellulaires. L'envahissement des lymphatiques est probable.

Le malade est alors adressé à M. LEROUX-ROBERT dans son Service de l'Hôpital Boucicaut par l'Hôpital Sainte-Anne, où il est l'objet d'une cure de désintoxication éthylique.

A l'examen, la langue est très asymétrique et attirée vers la loge amygdalienne droite, elle ne peut sortir de la cavité buccale.

Au toucher, il existe une infiltration correspondant au tiers postérieur du bord latéral droit de la langue. Cette infiltration se poursuit en arrière sur tout le versant lingual du sillon amygdalo-glosse. La loge amygdalienne elle-même ne paraît pas envahie, et le fond du sillon glosso-épiglottique est certainement intact. Il s'agit d'une forme infiltrante.

En laryngoscopie, aucune ulcération n'est visible.

Du même côté on découvre une petite adénopathie du volume d'une grosse noisette au niveau de l'aboutissement du tronc thyro-linguo-facial, cette adénopathie n'est pas très dure.

Etant donné l'existence de l'adénopathie, la seule conduite thérapeutique logique paraît être une intervention en un temps, comportant :

Le curage ganglionnaire du cou du côté droit ;

L'ouverture du pharynx, exérée de la zone néoplasique linguale avec mise en place de radium et maintien d'une fenêtre de surveillance de pharyngotomie.

Le tout sera précédé d'une trachéotomie.

L'intervention est pratiquée par M. LEROUX-ROBERT le 17 décembre 1956. Elle comporte :

— Une trachéotomie horizontale sous-isthmique à l'anesthésie locale permettant l'anesthésie générale par intubation.

— Un curage ganglionnaire de bas en haut et d'arrière en avant, carotido-sous-maxillaire avec résection du sterno-cléido-mastoïdien et de la jugulaire, ainsi qu'avec ligature de la carotide externe.

L'hypoglosse est alors isolé, ainsi que la linguale et, sur le doigt restant dans la bouche, on incise la muqueuse. Ceci permet d'inciser au ras du versant amygdalien du sillon amygdalo-glosse et de là, de suivre le plancher de la bouche d'arrière en avant, de façon à avoir sous les yeux la base de la langue, et tout le versant lingual du sillon amygdalo-glosse droit avec la partie la plus reculée du plancher de la bouche. On voit la zone néoplasique qui correspond à toute la moitié droite de la base de la langue immédiatement en arrière du V lingual, sans atteinte du fond du sillon glosso-épiglotique. La loge amygdalienne est effectivement intacte. On place au niveau du versant postérieur et interne du néoplasme 4 aiguilles de deux milligrammes, et dans le reste de la tumeur, 6 aiguilles de un milligramme. La plupart de ces aiguilles sont fixées à la muqueuse.

On termine par la mise en place d'une sonde naso-œsophagienne et par un méchage à la Biogaze.

Les aiguilles sont laissées 6 jours en place, ce qui réalise MCD 15,12.

L'examen histologique des ganglions prélevés a été pratiqué par M. de BRUX, anatomo-pathologiste de l'Hôpital Boucicaut, et a montré :

« Pour le ganglion facial exo-maxillaire, des sinus dilatés et remplis d'histiocytes, une réticulose nette, mais pas de métastase.

« Le ganglion thyro-linguo-facial est totalement envahi par une *métastase* d'épithélioma épidermoïde moyennement mûré. Le reste de la métastase est nécrosé par action des radiations.

« Le ganglion rétro-jugulaire moyen est le siège d'une adénite subaiguë banale.

« Le ganglion rétro-jugulaire inférieur se présente sous la forme d'une pièce grasseuse, étoilée de formations lymphoïdes ayant l'aspect d'adénite subaiguë sans métastase.

« Le ganglion sous-digastrique est le siège d'une adénite subaiguë chronique avec réticulo-fibrose.

« Enfin le ganglion sus-claviculaire montre une adénite chronique en voie d'organisation fibreuse ».

Les suites opératoires sont bonnes. La canule est supprimée le 2 janvier, et la sonde naso-œsophagienne le 11 janvier.

Dans les jours suivants, au niveau de la zone puncturée, il existe une petite plaque de radio-épithélite occupant le versant lingual du sillon amygdalo-glosse. Le pharyngostome est bien colmaté à l'aide d'une compresse et de la biogaze, et la déglutition se fait très correctement.

La langue redevient souple, la nécrose a presque totalement disparue. La cicatrice d'évidement cervical a bon aspect. Il n'y a pas d'adénopathie du côté opposé.

L'indication d'un traitement radiothérapique complémentaire est alors discutée en collaboration avec M. PEUTEUIL, radiologiste de l'Hôpital Boucicaut. Celui-ci n'est certainement pas justifié pour la région cervicale droite, il est même contre-indiqué, puisqu'on aura à faire une intervention plastique complémentaire, mais il est justifié pour la région cervicale gauche, étant donné la fréquence des adénopathies bilatérales dans les bases de langue. Un mois après l'intervention, la vue des lésions par le pharyngostome est très satisfaisante. Cependant, il existe au niveau de la zone correspondant au versant lingual du sillon amygdalo-glosse, dans sa partie antérieure et à la sortie la plus reculée du plancher, une zone nécrotique douloureuse à la pression qui reste à surveiller de près. Un prélèvement de contrôle à ce niveau pourra être envisagé.

La radiothérapie est commencée le 9 février 1957.

Elle est assez mal supportée et outre une réaction importante cutanée, le malade souffre beaucoup de la zone de cervicotomie et de son maxillaire inférieur. En outre la zone de nécrose persiste au niveau de la partie puncturée avec otalgie droite. Mais l'état local du pharyngostome est satisfaisant. Il n'y a pas de bourgeonnement visible.

La radiothérapie est terminée le 18 avril 1957, précédée d'ailleurs d'un arrêt momentané par suite de la mauvaise tolérance de ce traitement. Le sujet a reçu en tout 4.000 r en radiothérapie tangentielle.

Le malade est vu à différentes reprises dans les mois suivants. L'état général s'est très amélioré localement, l'aspect est favorable. L'orifice de pharyngotomie latérale permet de voir convenablement la base de la langue et la luette. La langue est bien souple et la zone nécrotique semble avoir rétrocedé. Cependant le malade se plaint d'otalgie droite et de douleurs à la pression de la langue en avant de la zone puncturée.

Au début du mois d'octobre, un nouvel examen confirme la récurrence que l'on craignait. Il persiste une certaine infiltration de la partie la plus reculée du bord latéral de la langue et il est alors décidé de pratiquer une seconde radium-puncture, si la biopsie est positive.

Cette biopsie est pratiquée après anesthésie locale, ce qui permet d'explorer la zone suspecte et de découvrir une ulcération d'allure radio-nécrotique dont les bords ne paraissent pas sensibles et qui correspond à la partie la plus reculée de la face inférieure du bord latéral de la langue, à un niveau correspondant à la jonction du pilier antérieur de l'amygdale.

Malgré une certaine infiltration de la langue en profondeur, il se peut qu'il s'agisse simplement d'une ulcération radio-nécrotique. On ramène à la pince de Luc des fragments qui sont envoyés à l'examen histologique.

L'examen histologique de ces fragments, pratiqué par le Dr de BRUX, montre, « sous une muqueuse hyperplasique, l'existence d'une réaction inflammatoire dans un chorion œdémateux. Surtout il existe de nombreuses travées de cellules néoplasiques, les unes altérées par la radiothérapie, les autres en pleine activité, avec un noyau parfaitement conservé ».

Une *nouvelle radium-puncture* (par voie buccale cette fois-ci) est pratiquée le 11 octobre 1957 par M. LEROUX-ROBERT. Huit aiguilles de radium de 1,40 sont mises en place :

2 longues à la partie postérieure ;

1 longue au niveau du plancher ;

5 courtes à la périphérie de l'ulcération de la partie mobile de la langue.

Il est à noter qu'entre cette nouvelle puncture et la biopsie faite quelques jours avant, les lésions s'étaient considérablement développées.

Les aiguilles sont enlevées le 16 octobre. MCD : 10,08.

En décembre 1957, les douleurs à irradiation auriculaire que présentait le malade ont totalement disparu et la langue a repris un aspect et une souplesse satisfaisants.

OBS. IV. — M. B... Louis, 54 ans. — *Epithélioma de l'angle antérieur du sinus piriforme gauche.*

Malade adressé à M. LEROUX-ROBERT pour sensation de brûlures au niveau de la région cervicale gauche depuis 6 mois avec otalgie.

Le sujet est vu la première fois le 15 novembre 1956.

Il ne présente aucun autre signe fonctionnel, ni dysphonie, ni dyspnée.

Il n'y a pas d'adénopathie.

En laryngoscopie, on découvre une petite ulcération végétante au niveau de l'angle antérieur du sinus piriforme gauche. Cette ulcération est très limitée à la face postérieure du repli pharyngo-épiglottique et à la partie antérieure du versant externe du repli aryépiglottique. L'hémi-larynx présente une mobilité normale.

On propose, étant donné que la lésion est très limitée, et haute par rapport au fond du sinus piriforme, plutôt que la radiothérapie seule, la création d'un pharyngostome avec radium-puncture de la lésion (éventuellement exérèse et radium-puncture).

Cette création de pharyngostome doit présenter dans le même temps un curage ganglionnaire. La biopsie sera à faire au moment de la puncture.

L'intervention est faite le 26 novembre à l'Hôpital Boucicaut (M. LEROUX-ROBERT). Elle consiste en une pose de radium par voie de pharyngotomie.

On pratique une incision cutanée comportant une incision horizontale de la peau pour pouvoir pratiquer d'abord une trachéotomie horizontale sous-isthmique. Sur cette incision est branchée à angle droit l'incision de cervicotomie croisant en X allongé le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On dégage le plan jugulo-ganglionnaire après dégagement du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et section de l'omo-hyoïdien. On trouve un petit groupe ganglionnaire du volume d'une grosse noisette à la face externe de l'abouchement du tronc thyro-linguo-facial dans la jugulaire. Ces ganglions sont mous et d'allure inflammatoire. On les dissèque très facilement du plan jugulaire que l'on respecte. On fait la ligature du tronc thyro-linguo-facial et de toutes les veines afférentes. On pratique la ligature de la carotide externe au-dessous de l'origine de la thyroïdienne supérieure. Le pédicule thyroïdien supérieur est alors sectionné en conservant le nerf laryngé supérieur. La grande corne de l'os hyoïde est alors réséquée. On ouvre le pharynx à un niveau correspondant à la grande corne hyoïdienne qui vient d'être enlevée.

On se trouve au niveau de la paroi latérale du pharynx, au-dessus du repli pharyngo-épiglottique, c'est-à-dire juste au-dessous de la zone néoplasique. La section muqueuse est alors poursuivie, de haut en bas, en suivant l'angle postéro-latéral gauche du pharynx. On peut ainsi descendre jusqu'à un niveau correspondant au fond du sinus piriforme, qui est, comme on le pensait, non envahi.

Afin de pouvoir aiguiller correctement l'angle antérieur du sinus piriforme, on *résèque le tiers postérieur de l'aile thyroïdienne correspondante*. A noter qu'il est possible que dans la partie supérieure, ce tiers postérieur d'aile thyroïdienne comporte une atteinte de son périchondre profond.

Avant de placer les aiguilles, on suture les bords de la tranche muqueuse en arrière, au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, ce qui permet de recouvrir la gouttière vasculaire.

On place 8 aiguilles courtes de radium de 1,40 à la périphérie de la zone néoplasique. La plupart de ces aiguilles sont fixées à la muqueuse. Une sonde naso-œsophagienne est mise en place. Tamponnement de la cavité. Suture de la peau aux berges de la brèche pharyngée après avoir fait une petite contre-incision horizontale du lambeau cutané. On attire l'attention sur le fait que le nerf laryngé supérieur a été intégralement respecté. Après l'avoir disséqué, on l'a remonté vers le haut contre l'hyoglosse ».

Les aiguilles sont laissées 5 jours en place. En tout, MCD 10,08.

La sonde est enlevée le 27^e jour.

L'examen des différents fragments prélevés a été fait par M. de BRUX : « Groupe ganglionnaire thyro-linguo-facial : ganglion homogénéisé et hyperplasique avec quelques sinus dilatés et remplis d'histocytes mais sans aucune suspicion de malignité.

« Tiers postérieur de l'aile thyroïdienne cartilagineuse : les frag-

ments osseux ont montré les lâmelles osseuses en voie d'ostéolyse et fibrose médullaire. Sur aucun des fragments il n'y a d'envahissement ».

A la fin de décembre, l'examen laryngoscopique montre un assez gros œdème du repli aryépiglottique et de la bande ventriculaire gauche. Le sinus piriforme correspondant est rempli de débris muco-purulents. La canule étant bouchée, le malade respire bien. L'orifice de pharyngotomie est presque fermé spontanément. La biogaze a provoqué une granulation exubérante.

Le 14 janvier 1957 : l'orifice de pharyngotomie qui s'était fermé s'est un peu rouvert avec issue d'un petit peu de pus. En laryngoscopie, zone nécrotique du sinus piriforme en rapport vraisemblablement avec le radium.

Le premier *examen histologique* des différentes coupes n'avait pas montré de cellules épithéliomateuses, aussi a-t-il été décidé de revoir ces coupes. M. de BRUX : « Les fragments restés dans le bloc ont été coupés beaucoup plus loin. La muqueuse n'a pas été retrouvée, mais dans une zone fibreuse on a mis en évidence *une plage de cellules épithéliomateuses de type épidermoïde*, moyennement différencié, en voie de nécrose et entourées par une réaction plasmocytaire ».

Au cours des mois suivants, l'aspect local est excellent, tant cervical que pharyngé. L'ensemble est propre, cependant il existe un petit œdème de la région aryténoïdienne ; cet œdème s'accompagne d'un peu de nécrose au niveau du repli pharyngo-épiglottique gauche. Il n'y a pas d'otalgie. La respiration est correcte, la canule étant bouchée.

Au moins de juin 1957, l'état local est excellent. Le sinus piriforme gauche est cicatriciel, la fente glottique est large. On envisage alors d'enlever la canule et de fermer l'orifice de trachéotomie, ce qui est fait le 1^{er} juillet 1957.

Le malade est revu en décembre 1957. La zone puncturée du sinus piriforme gauche est parfaitement cicatrisée. Le reste du larynx est tout à fait normal d'aspect et de mobilité. Les cicatrices d'évidement cervical et de trachéotomie sont normales.

OBS. V. — Ma... Jean, 57 ans. — *Epithélioma du repli pharyngo-épiglottique droit.*

Le malade est vu pour la première fois le 4 juillet 1957, venant consulter pour adénopathie jugulo-carotidienne droite.

L'examen pratiqué par M. LEROUX-ROBERT révèle en laryngoscopie une lésion végétante du versant externe du repli ary-épiglottique droit dans sa partie antérieure et de la face supérieure du repli pharyngo-épiglottique, ainsi qu'une infiltration du même repli. On note également une tendance extensive vers la partie latérale

du pharynx. L'endo-larynx est normal et presque normalement mobile.

L'examen trouve en outre un ganglion de 3 cm. de diamètre au niveau de la corne supérieure de l'os hyoïde et un petit ganglion d'allure banale au niveau de la grande corne de l'os hyoïde gauche.

Du point de vue fonctionnel, il y a peu de dysphagie et peu de dyspnée. Chez un tel malade on peut essayer de pratiquer une pharyngotomie latérale avec constitution d'un pharyngostome et radium-puncture.

L'intervention est pratiquée par M. LEROUX-ROBERT à l'ouïcaul le 8 juillet 1957.

Cette intervention consiste en un évidement cervical, une pharyngectomie et une pose de radium.

Anesthésie générale par intubation avec trachéotomie.

Evidement comportant la résection du sterno-cléido-mastoidien et la conservation du spinal. Il n'y a pas de particularités malgré la présence de l'adénopathie jugulo-carotidienne volumineuse, le plan carotidien se laissant parfaitement cliver. Ligature de la carotide externe à sa base. Résection de la grande corne droite de l'os hyoïde. Ouverture du pharynx au niveau correspondant à l'os hyoïde. Cette ouverture correspond à la paroi latérale du pharynx, immédiatement au-dessus du repli pharyngo-épiglottique et immédiatement en dehors du bord libre de l'épiglotte. On peut contrôler au doigt que les lésions sont limitées à la face postérieure du repli pharyngo-épiglottique. On élargit la brèche pharyngée passant à un niveau correspondant à l'angle postéro-latéral droit de l'hypo-pharynx droit en regard du sinus piriforme. Ceci permet de placer 7 aiguilles de radium : 6 aiguilles longues de 1 milligramme, une courte de 1 milligramme.

Ces aiguilles sont toutes fixées. Une fois ces aiguilles mises en place, on amarre la muqueuse correspondant aux berges de la pharyngectomie à la face profonde des plans cutanés.

Ceci permet de recouvrir complètement la gouttière vasculaire.

A noter qu'au cours de l'ouverture du pharynx, on a lié le pédicule vasculaire supérieur, mais on a conservé le *nerf laryngé supérieur* que l'on a récliné vers le haut. On termine par un méchage sur Mickulicz.

Bloquant le pharyngostome, une grande mèche est également placée dans le creux sus-claviculaire interne.

Une mèche est également tassée autour de l'orifice de trachéotomie.

En fin d'intervention, une sonde naso-œsophagienne est placée.

Le 14 juillet, soit 5 jours après l'intervention, les aiguilles de radium sont retirées. Le malade a reçu en tout MCD 7,56.

L'examen histologique de la lésion et des différents ganglions a été pratiqué par M. de BRUX.

« Au niveau du repli pharyngo-épiglottique droit : énorme épithélioma épidermoïde envahissant très profondément.

« Ganglion principal thyro-linguo-facial : il n'y a plus de trace de ganglion. Plages de coulées d'épithélioma épidermoïde. Stroma réaction extrêmement grêle.

« Ganglion spinal : le ganglion est une masse épithéliomateuse.

« Ganglion sus-claviculaire interne : métastase ganglionnaire occupant le tiers du ganglion.

« Ganglion sous-digastrique : ganglion hyperplasique par endroits, homogénéisé avec dilatation des sinus.

« Ganglion parotidien externe inférieur : même aspect que le précédent, ainsi que le ganglion sous-mastoïdien. Ces derniers ganglions ne sont le siège d'aucune métastase ».

Les suites opératoires immédiates sont bonnes.

La *radiothérapie* est commencée le 7 août 1957.

Au cours de ce traitement le malade est suivi. L'orifice de pharyngotomie a un aspect satisfaisant, mais il a tendance à se refermer. La région cervicale est souple. En laryngoscopie, l'aspect est également très satisfaisant. Cette amélioration se poursuit les jours suivants.

Le traitement de rayons X est terminé le 18 septembre 1957. Le malade a reçu en tout deux fois 4.000 r.

Le 13 novembre, le pharyngostome qui s'était spontanément beaucoup rétréci est facilement fermé par une plastie locale en 3 plans.

A l'examen en décembre, le larynx a un aspect sub-normal, à peine un peu désaxé par la cicatrice de pharyngotomie latérale. La corde vocale du côté opéré a une certaine mobilité, la fente glottique est large, la phonation normale.

*
**

Nous n'envisageons dans ce travail (sauf pour l'observation I) que les interventions pratiquées chez des sujets *neufs*, n'ayant subi aucune radiothérapie préalable. (Dans l'observation I, les petites doses reçues antérieurement et le bon état de la peau nous ont fait considérer ce traitement comme négligeable.)

La seule observation de M. LEROUX-ROBERT où cette opération a été exécutée pour récurrence d'un cancer de la base linguale malgré un traitement complet et intensif de rayons X, s'est terminée par une radionécrose lente mais irrémédiablement progressive des berges du pharyngostome, puis par une hémorragie cataclysmique par ulcération de la carotide.

Cette opération, après radiothérapie à doses thérapeutiques, est à proscrire formellement.

*
**

Depuis la rédaction de ce travail, 5 autres malades ont été opérés par M. LEROUX-ROBERT, selon cette technique, avec suites opératoires favorables : *il s'agissait dans les 5 cas de cancers infiltrants de la base de la langue.*

CONCLUSIONS

La voie de pharyngotomie latérale permet un abord relativement aisé des épithéliomas de la base de la langue et d'une façon générale, de la plupart des épithéliomas du carrefour glosso-pharyngo-épiglottique. Cette voie permet une puncture à « ciel ouvert » de l'épithélioma, dont les limites sont facilement appréciées. La constitution du pharyngostome est immédiatement précédée d'un évidement jugulo-carotidien et sous-maxillaire et d'une ligature de la carotide externe.

Par ce pharyngostome on surveillera l'action du radium, l'évolution des lésions et l'apparition éventuelle de récidives.

Les observations rapportées dans ce travail ne le sont que comme démonstration de la technique suivie. N'ayant pas un recul suffisant, elles n'ont pas de valeur vis-à-vis de la guérison du cancer. Mais l'impression actuelle semble favorable par rapport aux résultats décevants des autres méthodes utilisées jusqu'à présent pour traiter les cancers de cette région.

Vu :

LE DOYEN :

L. BINET.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

B. FEY

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- LEROUX-ROBERT J. — Diagnostic et traitement des tumeurs de la base de la langue. *Actualités O.R.L.* 1956, Librairie Arnette.
- Les possibilités d'association de la chirurgie O.R.L. et cervico-maxillo-faciale à la röntgenthérapie et à la curie-thérapie. *Cahiers Médicaux d'Auvergne*, N° 6, mai 1956.
- Traitement de certains cancers pharyngo-laryngés par pharyngotomie latérale, radium-puncture et maintien du pharyngostome. *Annales d'O.L.*, n° 7-8, p. 501-506, 1957.
- LEROUX-ROBERT J. et ENNUYER A. — Traitement des cancers de l'hypopharynx. Rapport au IV^e congrès international du cancer à Saô-Paulo, juillet 1954.
- LEMOYNE J. — La Pharyngotomie inférieure par voie latérale. *Thèse* Paris, 1932.
- PIERQUIN B. — La radium-puncture des épithéliomas péri-laryngés par pharyngotomie latérale. *Thèse* Paris, 1952.
- LEROUX-ROBERT J., ESCOFFIER J.-B., ENNUYER A. et ESCOFFIER-LAMBIOTTE C. — II^e congrès de la Société Française de Chirurgie plastique et reconstructive. Paris, octobre 1956. in *Annales de Chirurgie*, N° 3, mars 1956.
- SIARDET J. — Le traitement des cancers de la base de la langue. *Thèse* Paris, 1955.
- BERNARD R. — Le traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses du cou : Technique des évidements ganglionnaires. *Journal de Chirurgie*, XXX, n° 3, 1927.
- PORTMANN G. — Traité de technique chirurgicale O.R.L. (Masson, édit.).
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine, tome I. (Masson, édit.).
- Anatomie des lymphatiques de l'homme. (Masson, édit.).
- ROUX-BERGER J.-L. et JADLOWER M. — L'envahissement lymphatique dans les cancers de la base de la langue. *Presse Médicale*, 6 mars 1940.
- BACLESSE F. — Résultats éloignés du traitement röntgenthérapique des épithéliomas glosso-épiglottiques. *Journal de radiologie et d'électrologie*, n° 11, 1942.

- BAUD J. — La curie-thérapie interstitielle dans le traitement des cancers de la bouche. *Revue d'Odontologie*, N° 5, mai 1953.
- End results of radiotherapy of cancer of the tongue. Thirtieth Annual Meeting, *American Radium Society*, Chicago, June 20-22, 1948.

